

CARREFOUR

DES

PSYCHOTHÉRAPIES

Kathy Steele • Suzette Boon • Onno van der Hart

Traduction de Manoëlle Hopchet et Serge Goffinet

Révision scientifique de Françoise Detournay, Thibaut Lorent et Régine Batjoens

Traiter la dissociation d'origine traumatique

2^e
ÉDITION

Une approche pratique et intégrative



- ▷ 80 concepts clés
- ▷ 120 focus et conseils pratiques
- ▷ 70 vignettes cliniques et exemples

+ EN LIGNE



- Échelles de dépistage et d'évaluation
- Plan de sécurité
- Webographie

deboeck
SUPÉRIEUR **B**

**Traiter
la dissociation
d'origine
traumatique**

Carrefour des psychothérapies

Collection dirigée par Édith Goldbeter-Merinfeld

Carrefour des psychothérapies a pour objectif de proposer à un large public de psychothérapeutes (psychologues, psychanalystes, psychiatres, etc.) des ouvrages écrits par des professionnels portant sur les différentes approches psychothérapeutiques.

La collection accueillera également des ouvrages de réflexion sur la psychothérapie, ainsi que des auteurs qui apportent un éclairage original sur la pratique du thérapeute.

Résolument pluridisciplinaire, la collection est avant tout dédiée à la rencontre de pratiques et de théories d'orientations très diversifiées.

CARREFOUR

DES

PSYCHOTHÉRAPIES

Kathy Steele • Suzette Boon • Onno van der Hart

Traiter la dissociation d'origine traumatique

Une approche pratique et intégrative

2^e édition

Traduction de Manoëlle Hopchet et Serge Goffinet
Révision scientifique de Françoise Detournay,
Thibaut Lorent et Régine Batjoens

Ouvrage original :

Steele, K., Boon, S. & van der Hart, O., *Treating Trauma-related Dissociation*, New York, Norton, 2017.

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., 2026
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

2^e édition

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.

Ce livre ne peut être reproduit ni utilisé à des fins d'entraînement de systèmes d'intelligence artificielle. La fouille de textes et de données est interdite conformément à l'article 4(3) de la Directive (UE) 2019/790.

Dans le cas où le livre comporte des ressources numériques en ligne, ces dernières sont des compléments offerts à l'achat du livre. Par respect du droit d'auteurs, ces ressources sont incessibles, interdites de reproduction et réservées à un usage strictement personnel. Elles sont soumises aux conditions d'utilisation en vigueur (CGU) accessibles sur notre site et peuvent, pour des raisons commerciales, légales, d'évolution technique ou de contenu, être supprimées ou interrompues à tout moment, sans garantie de maintien ou de compensation. Dans le cas où les QR codes et liens hypertextes permettent d'accéder à des sites internet tiers, la responsabilité de l'éditeur n'est pas engagée, notamment quant à leur éventuel dysfonctionnement ou à leur indisponibilité d'accès.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : septembre 2026
Bibliothèque Royale de Belgique, Bruxelles : 2026/13647/077

ISSN : 1780-9517
ISBN : 978-2-8073-7512-3

*À tous les patients et thérapeutes du monde entier qui choisissent
ce parcours difficile, qui sont prêts à prendre des risques
et à persévérer ensemble dans une psychothérapie imparfaite
mais « suffisamment bonne ». À chacun d'entre vous,
une abondance de compassion, de courage et de clarté.*

Sommaire

Compléments numériques.....	10
Avant-propos	11
Préface.....	13
Remerciements	19
CHAPITRE 1 La dissociation comme non-réalisation.....	23

PARTIE I La relation thérapeutique

CHAPITRE 2 Le thérapeute suffisamment bon.....	55
CHAPITRE 3 La relation thérapeutique : sécurité, menace et conflit	73
CHAPITRE 4 Au-delà de l'attachement : une relation thérapeutique de collaboration	87

PARTIE II

Évaluation, formulation de cas et planification du traitement

CHAPITRE 5	Évaluation des troubles dissociatifs.....	115
CHAPITRE 6	Au-delà du diagnostic : évaluation supplémentaire, pronostic et formulation de cas.....	139
CHAPITRE 7	La planification du traitement.....	165
CHAPITRE 8	Les principes de traitement.....	183
CHAPITRE 9	Le traitement orienté par phases : un aperçu.....	201

PARTIE III

Phase 1 : Traitement et au-delà

CHAPITRE 10	Travailler avec les parties dissociatives : une perspective de systèmes intégratifs.....	223
CHAPITRE 11	La résistance comme un évitement phobique	247
CHAPITRE 12	La résistance comme évitement phobique : approches pratiques.....	267
CHAPITRE 13	Dépendance en thérapie : toujours, parfois, jamais ?.....	281
CHAPITRE 14	Travailler avec les parties enfant du patient.....	307
CHAPITRE 15	Approches intégratives de la honte.....	321
CHAPITRE 16	Le travail avec les parties coléreuses et hostiles du patient.....	349
CHAPITRE 17	Travailler avec les parties du patient qui imitent l'agresseur	363
CHAPITRE 18	Résoudre les comportements à risque	385
CHAPITRE 19	Sélection de thèmes.....	409

PARTIE IV
Traitement de la Phase 2

CHAPITRE 20 Le traitement du souvenir traumatique : un survol.....	435
CHAPITRE 21 Le traitement du souvenir traumatique : recommandations et techniques.....	453

PARTIE V
Traitement de la Phase 3

CHAPITRE 22 Intégration des parties dissociatives en une personnalité cohésive	481
CHAPITRE 23 Phase 3 et au-delà.....	497
Bibliographie	511
Index.....	538
À propos des auteurs.....	547
Table des matières	549

Compléments numériques

Des ressources complémentaires sont disponibles en ligne. Pour y accéder, rendez-vous sur le site de De Boeck Supérieur à l'adresse suivante :

www.deboecksuperieur.com/site/375123

Vous y trouverez :

- Un répertoire reprenant les échelles de dépistage et les instruments d'évaluation pour les troubles dissociatifs ;
- Un document type pour le pronostic et une échelle de cotation du progrès dans le traitement des troubles dissociatifs ;
- Un plan de sécurité à compléter par le patient ;
- Une banque de ressources en ligne (associations, références internationales, approches spécialisées, portails de recherche et bases de données scientifiques).

Avant-propos

Depuis la publication de la première édition de cet ouvrage en 2018, de nombreuses parutions en langue française ont enrichi le champ de la psychotraumatologie dissociative. Le travail approfondi et rigoureux des trois auteurs, Kathy Steele, Suzette Boon et Onno van der Hart, hautement expérimentés dans ce domaine spécialisé, a apporté un éclairage novateur sur la prise en charge des troubles dissociatifs. À ce titre, ce livre demeure une référence incontournable – une somme ! – dans le domaine du traitement de la dissociation pathologique.

La présente mise à jour intègre une sélection d'ouvrages récents publiés en français depuis 2018, ainsi que certains articles majeurs en langue anglaise. Cette mise à jour de la bibliographie ne prétend pas à l'exhaustivité ; elle s'inscrit toutefois dans la continuité de la ligne directrice des auteurs et dans l'esprit qui a présidé à la rédaction de l'ouvrage.

Dans ce contexte d'évolution des pratiques, de nouvelles approches thérapeutiques ont émergé ces dernières années, telles que l'ICV (Intégration du Cycle de la Vie), la DBR (*Deep Brain Reorienting*), ainsi que l'IFS (*Internal Family Systems*) adapté aux troubles dissociatifs. Des techniques complémentaires, comme le *neurofeed-back* ou la *yoga-informed therapy*, visant notamment la régulation (émotionnelle), se développent également. Certaines de ces méthodes font actuellement l'objet de travaux de recherche prometteurs, ouvrant de nouvelles perspectives de traitement.

Par ailleurs, les approches créatives – telles que le dessin, l'écriture et les arts plastiques – ainsi que le théâtre et le psychodrame, qui mobilisent des voies d'expression complémentaires, font progressivement leur entrée dans le champ de la thérapie des troubles dissociatifs. Par le biais du jeu et de la créativité, ces méthodes favorisent le développement et la stimulation d'autres compétences, souvent entravées par l'expérience traumatique.

En outre, les professionnels de la psychotraumatologie ont mis en place de nombreuses initiatives d'accompagnement : groupes de stabilisation fondés sur la psycho-éducation, thérapie d'apprentissage de la régulation émotionnelle, groupes de parole et/ou (cercles) de soutien destinés aux victimes. Ces dispositifs constituent des compléments précieux au travail thérapeutique individuel des patients présentant des troubles dissociatifs, dont le suivi s'inscrit souvent dans la durée.

Enfin, dans cette traduction française, nous avons fait le choix d'alterner l'usage du genre masculin et du genre féminin afin, avant tout, de préserver la fluidité de la lecture. Cette option rédactionnelle ne saurait en aucun cas être interprétée comme une exclusion des personnes non genrées.

Françoise DETOURNAY, Serge GOFFINET et Manöelle HOPCHET

Préface

Ce livre est né non seulement d'innombrables heures de traitement des patients souffrant de troubles dissociatifs mais aussi du creuset de supervisions et de consultations où les thérapeutes partagent leurs questions les plus urgentes, leurs besoins et vulnérabilités. Pendant de nombreuses années, nous avons entendu des thérapeutes dans le monde entier poser des questions similaires et lutter face aux mêmes défis avec les patients dissociatifs. En complément d'un aperçu du traitement orienté par phases, c'est cette série d'interrogations que nous avons cherché à aborder dans ce volume : sur quoi se centrer en premier dans une thérapie complexe et comment le faire ? Comment établir la sécurité pour les patients qui s'engagent dans des comportements dangereux sans vouloir les sauver ? Comment travailler avec les parties dissociatives de manière à faciliter l'intégration plutôt que la dissociation ? Comment établir et maintenir des limites utiles ? Comment traiter avec compassion et efficacité la dépendance envers le thérapeute ? Comment aider les patients à intégrer les souvenirs traumatiques ? Que faut-il faire quand le patient est enragé, honteux de façon chronique, évitant ou incapable de ressentir les bonnes intentions du thérapeute ? Et comment comprendre avec compassion et travailler avec les résistances ? Plus important encore, nous nous sommes concentrés non seulement sur la façon de conceptualiser et de traiter la dissociation mais aussi sur la manière d'être avec les patients qui se sentent plusieurs au lieu d'un seul.

1. Savoir-faire versus savoir-être

La plupart des thérapeutes qui viennent de se familiariser avec la clinique des patients dissociatifs cherchent des techniques. Quand on est confronté à la complexité et à un territoire inconnu, chercher ce qu'il faut faire est la chose la plus naturelle au monde. Ces thérapeutes trouveront que le traitement des patients atteints de troubles

dissociatifs comprend des techniques très pratiques qui soutiennent l'intégration progressive. Néanmoins, les manières d'être en relation avec le patient constituent l'épine dorsale des traitements et forment en elles-mêmes des interventions thérapeutiques essentielles.

La tâche de chaque bon thérapeute est d'intégrer sans heurts une combinaison cohérente d'interventions cognitives, émotionnelles et somatiques (savoir-faire) avec l'expérience relationnelle dans le moment présent entre deux êtres humains (savoir-être). En fait, il n'y a rien de plus pratique et intégratif que de faire de la relation thérapeutique une partie intégrante du travail avec des patients qui ont été tellement blessés par d'autres personnes. Les résultats de la neurobiologie interpersonnelle pointent de plus en plus la centralité et la puissance de transformation des interactions relationnelles implicites dans la thérapie (p. ex., Cozolino, 2010 ; Schore, 2012 ; Siegel, 2010b, 2015). L'importance de l'impact de la relation thérapeutique est encore plus grande chez les patients souffrant de troubles dissociatifs que dans de nombreuses autres populations cliniques, de sorte que les processus relationnels avec ces patients méritent une attention et des soins supplémentaires. Pourtant, malgré les recommandations des experts, les thérapeutes sous-utilisent généralement la relation comme processus thérapeutique. Ainsi, nous nous sommes attachés à inscrire une approche pratique et intégrative dans un contexte relationnel avec autant de techniques variées que possible pour une thérapie exigeante et complexe.

Lorsque l'on est confronté à l'urgence, la crise et la confusion, il est particulièrement difficile de suivre la sagesse de l'adage *Ne faites pas juste quelque chose, restez là*. Les mots peuvent manquer ou sont mal interprétés en thérapie ; les interventions tombent à plat ou sont rejetées d'emblée ; les bonnes intentions sont insuffisantes et des problèmes surgissent qui sont au-delà de toute action directive de changement ou de correction. Les interventions deviennent alors invisibles, se transformant en façons d'être intersubjectives non verbales, implicites et inconscientes. Nous proposons donc une légère modification par rapport à cet ancien truisme : *Ne faites pas juste quelque chose, soyez là*. Ces échanges relationnels sont pour le thérapeute les plus difficiles à reconnaître et à tenir efficacement. Mais ils sont si importants. Nous avons essayé d'inclure des moyens pour le thérapeute de communiquer ce qui n'est pas transmissible par les mots. Ceci est essentiel pour les patients fortement traumatisés qui vivent souvent dans un monde intérieur bouleversant dans lequel les mots ont perdu leur sens et où la parole est impossible. À cette fin, nous avons également essayé d'inclure des interventions somatiques qui sont utiles lorsque les mots manquent ou sont insuffisants.

La théorie des facteurs communs de la psychothérapie suggère que les approches théoriques particulières ne jouent globalement qu'un rôle restreint dans l'amélioration de l'état des patients. Les facteurs communs qui apportent une contribution significative aux progressions du patient incluent la collaboration autour de buts communs, l'alliance thérapeutique, l'empathie du thérapeute, le regard positif et l'affirmation, la congruence et l'authenticité du thérapeute ainsi que d'autres facteurs

liés au thérapeute (Laska, Gurman et Wampold, 2014 ; Wampold, 2001). Ces résultats n'impliquent pas que les thérapeutes devraient abandonner la théorie et la technique dans le traitement des patients atteints de troubles dissociatifs ou de tout autre trouble, d'ailleurs. Nous croyons qu'une approche organisée et réfléchie du traitement, quelle que soit sa nature, est nécessaire pour que les facteurs communs soient efficaces. Même avec des approches relationnelles saines qui incluent un cadre de traitement solide et des limites, les thérapeutes ont encore besoin de techniques spécifiques pour travailler avec les parties dissociatives, du moins chez les patients qui ont de graves troubles dissociatifs. Ces techniques sont essentielles au traitement efficace de ces patients (p. ex., Boon, Steele et van der Hart, 2011 ; Brand *et al.*, 2011 ; Kluft, 1991, 1993a, 1995 ; Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006).

2. L'expérience embarrassante du traitement des patients atteints de troubles dissociatifs

Nous offrons le contenu de ce livre avec une grande dose d'humilité, réalisant qu'aucun clinicien n'a toutes les bonnes ou les meilleures réponses. Bien que nous ayons tous trois plus de cent vingt ans d'expérience dans le traitement des patients souffrant de troubles dissociatifs, nous sommes néanmoins très conscients de tout ce que nous ne savons pas, que nous ne pouvons pas savoir, que d'autres savent beaucoup plus clairement que nous et de toutes les erreurs que nous faisons si souvent. Cependant, nous vous offrons ce que nous connaissons et ce dont nous sommes raisonnablement certains, qui ajoutera quelque chose à vos compétences dans le traitement des patients souffrant de troubles dissociatifs.

Nous reconnaissons également que le traitement fondé sur des données probantes chez les patients souffrant de troubles dissociatifs en est encore à ses débuts, de sorte que les approches de ce livre reposent principalement sur la sagesse clinique et l'expérience (une forme légitime de preuve) et non sur la recherche contrôlée randomisée. Heureusement, il existe un corpus de littérature empirique sain et en plein essor sur l'efficacité de ces approches éprouvées et empiriques de travail avec des patients dissociatifs. Ce que nous, et d'autres, avons découvert comme étant efficace dans la pratique clinique est finalement validé par la recherche. Mais nous avertissons les lecteurs de rester au courant de la recherche et des recommandations de traitement actuelles.

À certains égards, le lecteur pourrait penser que nous essayons d'imposer un ordre linéaire à ce qui est un processus thérapeutique très complexe et désordonné. Nous sommes peut-être coupables de le faire paraître plus facile qu'il ne l'est. Cependant, nous savons véritablement par nos propres expériences qu'il n'y a peut-être aucune autre thérapie qui défie le sens de compétence du thérapeute aussi profondément que le travail avec les individus chroniquement traumatisés. L'humble réalité pour nous tous est que la thérapie peut être inégale et incertaine, difficile et confuse. Comme

les autres thérapeutes, nous nous sentons parfois perdus pour un moment, ne sachant pas quoi faire ou comment être, faisant des erreurs involontaires, manquant d'indices importants, pris par le transfert et le contre-transfert. Certaines des leçons que nous partageons dans ce livre ont évolué non seulement à partir de nos succès mais aussi de nos échecs et nos erreurs. Nous espérons que vous, le lecteur, bénéficierez de nos mésaventures autant que de nos triomphes. Nous espérons également que vous pouvez embrasser vos propres erreurs et apprendre à partir d'elles, sachant que vous n'êtes pas tenus d'être parfait pour ce travail et que chaque thérapeute ferait finalement mieux de se débarrasser du lourd et irréaliste fardeau de la perfection.

3. L'organisation du livre

Dans ce livre, nous discutons des traitements appropriés dans le cadre d'une pratique privée ou de cliniques ambulatoires. Il y a certainement un sous-groupe de patients plus perturbés qui doivent être évalués avec précision afin de déterminer s'il est plus indiqué de les traiter dans des environnements qui offrent des soins de crise et de soutien, un traitement interdisciplinaire et un accès aisé à une hospitalisation psychiatrique. Chu (2011) a qualifié ces patients de « chroniquement dépourvus de pouvoir ». Ils peuvent présenter une comorbidité profonde de trouble de la personnalité, des risques de suicide, de l'autodestruction et d'autres comportements extrêmes de passage à l'acte. Nous avons constaté que les thérapeutes sont parfois tellement concentrés sur les symptômes dissociatifs et les présentations difficiles de patients dissociatifs qu'ils ne peuvent pas facilement distinguer les patients pour lesquels un environnement ambulatoire est indiqué de ceux pour qui cela ne l'est pas ou pas encore, ceux qui ont besoin d'une thérapie de soutien *versus* ceux qui peuvent éventuellement tolérer et progresser dans une psychothérapie approfondie. À cette fin, nous avons passé du temps dans ce livre à la description des caractéristiques des patients ayant des besoins et des pronostics différents. Ainsi, le thérapeute peut faire des choix judicieux sur le cadre et le type de traitement les plus utiles. Et comme toujours, nous encourageons les thérapeutes à consulter d'autres personnes en cas de doute, une pratique que chacun de nous continue à suivre dans son propre travail.

Ce livre est divisé en six sections. Dans l'introduction, le premier chapitre sert de survol des aspects neuropsychologiques de la dissociation comme un trouble de non-réalisation. La partie I (chapitres 2 à 4) se concentre sur la relation thérapeutique et la personne du thérapeute. La partie II (chapitres 5 à 9) est consacrée à l'évaluation et à la planification. Ces chapitres traitent de l'évaluation des troubles dissociatifs, de la formulation des cas, du pronostic, de la planification du traitement, des principes du traitement des troubles dissociatifs et d'un aperçu des trois phases du traitement, chacun comprenant un ensemble d'objectifs. La partie III porte sur le traitement de la Phase 1 (chapitres 10 à 18), en mettant l'accent sur des questions précises et sur la façon d'inclure les parties dissociatives dans le travail. Les sujets de cette section comprennent la compréhension et le travail avec la résistance qui est perçue comme

une co-création du patient et du thérapeute. Elle comprend également la gestion de la dépendance dans la thérapie et les approches intégratives pour la compréhension et le travail de la honte chronique. Le chapitre 19 comprend plusieurs sujets sélectionnés, notamment l'aide aux patients dans le traitement de leurs relations actuelles et parentales, les questions sexuelles, les dilemmes de la famille d'origine, la victimisation en cours et la gestion du fractionnement de l'équipe de traitement et les conflits. La partie IV (chapitres 20 et 21) se concentre sur le traitement de la Phase 2 des souvenirs traumatiques. La partie V (chapitres 22 et 23) inclut une discussion sur l'intégration des parties dissociatives dans un ensemble cohérent et d'autres questions de la Phase 3.

Nous avons inclus deux autres fonctionnalités dans le livre qui, nous l'espérons, vous seront utiles. La première concerne les concepts clés et les idées fondamentales qui sont mises en évidence dans le texte en gras afin qu'elles puissent être vues en un coup d'  il. Ces concepts servent de principes directeurs dans le traitement et de résumé de la plupart des notions importantes dans chaque chapitre. La seconde est une section à la fin de chaque chapitre intitulée « Explorations complémentaires ». Elle est destinée à capitaliser sur le fait qu'en règle générale les thérapeutes sont avides d'apprendre tout au long de leur vie. Ces sections comprennent des idées et des questions supplémentaires, des exercices pour pratiquer des habilités et des suggestions de discussions entre pairs sur la base de sujets d'un chapitre donné. Elles visent à susciter davantage de curiosité, de découverte et de croissance.

Enfin, nous sommes parfaitement conscients que nous n'avons pas inclus tout ce qui est pertinent dans ce livre. Notre espoir est d'avoir fourni suffisamment de principes directeurs pour aider les thérapeutes à trouver plus facilement leur chemin à travers le chaos et les complications.

4. Un mot sur la terminologie

Nous avons eu du mal à décider quelle terminologie utiliser car nous voulions que ce livre soit très pratique et raisonnablement sans jargon. Nous avons trouvé cela particulièrement difficile, surtout qu'il s'agit de quelques-uns de nos propres termes théoriques. Le fait que nous les développons en premier lieu signifie que nous leur avons trouvé une grande utilité clinique. Dans le passé, nous avons utilisé deux termes qui méritent une attention particulière car nous avons choisi de ne pas y recourir dans ce livre.

Dans une tentative de définir des prototypes de parties dissociatives de la personnalité, nous avons utilisé le terme *Partie apparemment normale de la personnalité* (PAN) pour décrire les parties qui fonctionnent principalement dans la vie quotidienne, sont médiatisées par les systèmes d'action ou motivationnels de la vie quotidienne et évitent les souvenirs traumatiques. Nous avons utilisé également le terme *Partie émotionnelle de la personnalité* (PE) pour décrire les parties qui sont principalement

fixées dans les systèmes d'action de défense contre le danger et la menace de mort et qui sont bloquées au temps du traumatisme.

Il y a quelques avantages et inconvénients à l'utilisation de ce langage. Par exemple, le terme PAN n'indique pas la qualité du fonctionnement dans la vie quotidienne mais plutôt le manque d'intégration vis-à-vis des autres parties, maintenues par la phobie de la PAN vis-à-vis de ces autres parties et des souvenirs traumatiques associés. Bien que l'un d'entre nous (Onno) reste attaché à ce terme, les autres auteurs (Kathy et Suzette) pensent que le concept peut être un peu trop réducteur pour transmettre adéquatement toute la gamme des expériences des parties dissociatives du patient qui fonctionnent dans la vie quotidienne sous d'innombrables expressions. Dans ce livre, nous allons donc nous référer aux PAN comme des parties qui fonctionnent dans la vie quotidienne, indépendamment de leur apparence de normalité ou de dysfonctionnement.

De même, le terme PE est utile car il décrit l'émotion véhémement commune aux parties bloquées dans le traumatisme qui accompagne la défense contre la menace extrême réelle ou perçue, même si certaines de ces parties peuvent être engourdies ou avoir développé certaines fonctions de la vie quotidienne. Un des auteurs (Onno) préfère ce terme, alors que les autres (Kathy et Suzette) pensent que le terme est trop restrictif, se concentrant sur l'émotion plutôt que sur le fait que ces parties sont fixées dans le temps du trauma dans des actions défensives, avec l'émotion comme extension de la défense. Certaines PAN peuvent aussi avoir les qualités d'émotions véhémentes. Dans ce livre, nous nous référerons aux PE comme *parties fixées dans le traumatisme*. L'un des nombreux aspects que nous apprécions au sujet de notre gratifiante collaboration les uns avec les autres pour la majeure partie d'un demi-siècle, c'est notre accueil partagé à ce genre de désaccords qui forment simplement de la matière pour des discussions plus dynamiques et enrichissantes.

5. Une note au sujet des exemples de cas

Bien que les cas de ce livre reflètent des problèmes cliniques réels, il s'agit de cas composites de patients et ils comprennent des reconstructions de dialogues cliniques. Les spécificités ont été soigneusement modifiées afin de protéger la vie privée des patients.

Remerciements

Les livres ne sont pas écrits en vase clos et nos années d'expérience reflétées ici ne sont pas survenues dans le vide. Nos remerciements, dans cette section, sont un témoignage du fait que derrière nos écrits et nos expériences cliniques il y a des douzaines d'individus avec des esprits sages et des cœurs compassionnels qui nous ont enseigné, mis au défi et nous ont soutenus. Nous sommes chanceux d'avoir des collègues du monde entier avec lesquels nous avons échangé des idées. Chacun de nous a été richement influencé par les maîtres dans le domaine, par nos collègues et par les participants auxquels nous avons enseigné et dont nous avons tiré des leçons. Nous leur devons toute notre gratitude pour leur soutien, leur bonne volonté à partager ce qu'ils ont appris, leurs questions incisives qui nous défient et leur courage dans le traitement de patients aux prises avec des problèmes extrêmement complexes.

Nous sommes particulièrement reconnaissants envers les pionniers du vingtième siècle dans le domaine des traumatismes complexes et de la dissociation, qui nous ont particulièrement inspirés, notamment Elizabeth Bowman, Bennett Braun, David Caul (1921-1988), James Chu, Philip Coons, Catherine Fine, Jean Goodwin, Richard Kluft, Richard Loewenstein, Frank Putnam et Colin Ross.

Notre gratitude va à nos nombreux contemporains, trop nombreux pour être cités, mais ne méritant pas moins d'éloges, qui ont apporté d'importantes contributions écrites et cliniques à la compréhension et au traitement des patients souffrant de troubles dissociatifs et desquels nous avons beaucoup appris. Nous vous remercions et nous avons eu l'honneur de parcourir ces routes avec vous. Pour leurs phénoménales contributions cliniques, en recherche et en ouvrages publiés, nous sommes particulièrement reconnaissants envers Trine Anstorp, Peter Barach, Kirsten Benum, Bethany Brand, Philip Bromberg, Laura Brown, Richard Chefetz, Catherine Classen, Christine Courtois, Constance Dalenberg, Martin Dorahy, Paul Dell, Nel Draijer, Janina Fisher, Julian Ford, Claire Frederick (1932-2015), Steve Frankel, Jennifer

Freyd, Denise Gelinas, Steve Gold, Anna Gerge, Michaela Huber, Anabel Gonzalez, Elizabeth Howell, Phil Kinsler, Jim Knipe, Giovanni Liotti, Willie Langeland, Ruth Lanius, Warwick Middleton, Andrew Moskowitz, Dolores Mosquera, Russell Meares, Ellert Nijenhuis, John O'Neil, Pat Ogden, Clare Pain, Maggie Phillips, Luisa Reddeman, Vedat Sar, Eli Somer, David Spiegel, Joan Turkus, Bessel van der Kolk et Eric Vermetten.

À la fois sur le plan plus personnel et professionnel, nous élargissons notre reconnaissance et gratitude les plus profondes à ceux qui ont offert un soutien émotionnel et des possibilités de croissance, la consultation sur les cas, des discussions animées et des débats. Nous sommes particulièrement reconnaissants à Pat Ogden pour ses nombreuses conversations fructueuses sur le traumatisme, l'attachement, la dissociation et l'expérience somatique et pour son soutien indéfectible et sa contribution sur le corps dans ce livre. Elle a été au centre de notre apprentissage sur la façon d'incorporer l'expérience somatique dans le traitement, ce qui a amélioré de façon exponentielle notre traitement des patients traumatisés.

Parmi les autres personnes à qui nous tenons à exprimer notre gratitude, citons, entre autres des États-Unis : les collègues de Metropolitan Psychotherapy Associates, Amanda Savage Brown pour ses commentaires perspicaces sur la thérapie de l'acceptation et de l'engagement dans le travail sur la honte, Heather McCormack Moon pour ses commentaires sur la thérapie comportementale dialectique, Roger Solomon et Marty Wakeland. De la Belgique : Erik de Soir et Manoëlle Hopchet. De la Chine : Ellen Ma. De la Finlande, notre précieuse et chère collègue et amie Anne Suokas-Cunliffe. De l'Allemagne : Helga Matthess et Bettina Overkamp. D'Israël : Danny Brom et Eliezer Witztum. De l'Italie : Giovanni Tagliavini et Alessandro Carmelita. Des Pays-Bas : Mariëtte Groenendijk, Desiree Tjink, Annemieke van Dijke, et tous les collègues du Top Referent Trauma Center (TRTC) à Zeist. De la Norvège : Harold Baekkelund, Ingunn Holbaek, Ellen Jepsen et Katinka Salvesen. De la Suède : Ann Wilkens. Et du Royaume-Uni : Remy Aquarone et Orit Badouk Epstein. Il faut en effet tout un village pour élever (et soutenir) un thérapeute.

Nous avons fait de notre mieux pour rendre hommage là où l'hommage est dû à juste titre dans le livre. Si nous avons échoué à cet égard, c'est tout à fait involontaire. Plus la littérature est abondante, plus cette tâche est difficile. Et heureusement, la littérature sur le traitement des troubles dissociatifs s'est développée exponentiellement. Il est parfois particulièrement difficile de retrouver le créateur original d'une technique particulière qui peut avoir été enseignée dans des ateliers bien avant sa publication. Encore une fois, nous avons fait de notre mieux et hélas, nous le savons, ce ne sera pas parfait.

Un grand merci à notre fantastique rédactrice en chef Virginia (« the Stickler ») Wood, PsyD. Votre connaissance de la grammaire, du formatage et du style APA ne connaît apparemment pas de limites et, d'une manière ou d'une autre, vous nous avez aidés ici et là à dire clairement ce que nous ne pouvions pas articuler de façon cohérente.

Un grand merci à nos rédacteurs en chef de Norton, Deborah Malmud, Elizabeth Baird et Benjamin Yarling, qui ont patiemment enduré nos retards et ont été incroyablement réactifs et serviables.

Avant tout, un merci chaleureux et humble à nos patients. Vous êtes ceux qui nous ont le plus instruits, et qui ont toléré avec grâce nos erreurs maladroitesses et nos imperfections humaines. Merci de croire en nous et de partager une partie de votre voyage avec nous. Soyez en bonne santé et vivez bien, avec la compassion, l'attention et la vivacité que vous méritez tant.

CHAPITRE 1

La dissociation comme non-réalisation

La dissociation est l'essence du trauma.
Bessel VAN DER KOLK (2015, p. 66)

Lorsque la réalisation est profonde, votre être tout entier est en train de danser.
Proverbe zen



**Vignette
clinique**

Le cas d'Hélène

Hélène est une femme d'âge moyen, brillante, pleine d'esprit, au sommet d'une carrière réussie dans les ressources humaines. De l'extérieur, on dirait qu'elle a tout pour elle. Mais Hélène est déprimée et elle craint constamment d'être virée malgré toutes les preuves du contraire. En effet, elle est très respectée et aimée par ses collègues mais elle ne peut pas l'accepter. Elle est émotionnellement engourdie la plupart du temps mais souffre également d'insomnies et de violents cauchemars, d'attaques de panique et de flash-back fragmentés d'abus dans l'enfance pleins de terreur, de douleur et d'impuissance. Hélène entend plusieurs voix intérieures effrayantes, l'une qui lui crie de rage et de dégoût et une autre qui sonne comme un petit enfant à l'intérieur, criant de douleur. Quand elle entend une de ces voix, ses yeux se lancent en avant et en arrière et elle paraît effrayée. Son corps est tendu, sa poitrine est rentrée, tout comme sa tête enfoncée dans ses épaules. Elle est au bord de l'effondrement au moment où elle décide de commencer la thérapie.

Hélène rapporte une histoire d'abus sévère et de négligence dès son plus jeune âge, bien qu'elle ne se souvienne que de fragments de son enfance. Pour le reste, elle a reconstitué des histoires inquiétantes que ses frères et sœurs et d'autres membres de la famille ont partagées, mais dont elle ne se souvient pas réellement. Certains des souvenirs qu'Hélène garde de son enfance difficile sont comme des rêves brumeux, comme s'ils n'étaient pas réels ou étaient arrivés à quelqu'un d'autre. Elle se souvient de flotter au-dessus de son lit, en regardant « une autre petite fille qui

portait mon pyjama et avait des cheveux comme les miens », être violemment abusée sexuellement par un membre de la famille. Elle peine à savoir si ses images floues sont vraies et si ses frères et sœurs exagèrent l'horreur de ce qui s'est passé. D'autre part, elle est en proie à des flash-back qui semblent réels, brouillant et effaçant sa réalité actuelle avec leur vivacité sensorielle. Hélène se réprimande, croyant qu'elle n'a aucune raison d'être déprimée, disant qu'elle est faible et enfantine de se plaindre, et que si seulement elle avait essayé plus fort, tout serait bien. Elle supporte d'énormes souffrances émotionnelles chaque jour, au point d'avoir du mal à fonctionner.

1. Un continuum de non-réalisation : pas réel, pas vrai, pas le mien, pas moi

Beaucoup de questions peuvent être mises en évidence dans l'histoire d'Hélène, mais nous commencerons par ses difficultés étonnantes de réalisation, c'est-à-dire accepter sa vie telle qu'elle est en s'adaptant à elle. La réalisation est un concept puissant, pertinent pour tout le monde dans sa vie quotidienne. C'est un élément central de l'intégration. L'*intégration* implique des actions continues qui nous aident à différencier et à relier les expériences au fil du temps au sein d'une personnalité à la fois flexible et stable. Elle favorise ainsi le meilleur fonctionnement possible dans le présent et dans l'avenir anticipé (Van der Hart, Nijenhuis et Steele, 2006). La réalisation n'est pas seulement essentielle à la résolution des traumatismes mais elle est nécessaire pour réussir à faire face à la vie quotidienne, du banal au catastrophique, du plaisir au douloureux, du plus simple au plus complexe des expériences. Nous pouvons mieux comprendre ce que les autres autour de nous réalisent également. Nous avons tendance à vivre dans une réalité sociale partagée. Quand les enfants sont abusés par un proche, qui est censé les aimer, quand les gens et les institutions ne protègent pas comme ils le devraient, il est intolérable pour les enfants de réaliser. La trahison inhibe la réalisation et favorise la dissociation.



CONCEPT CLÉ

La **réalisation** est l'action continue d'être conscient de la réalité telle qu'elle est, de l'accepter et de s'y adapter efficacement (Janet, 1935, 1945 ; Van der Hart *et al.*, 2006).

La non-réalisation est l'incapacité à saisir les aspects essentiels de l'expérience externe qui appartiennent à juste titre à notre passé, présent et futur. Cela peut être la non-réalisation de notre moi et de nos expériences intérieures telles que les pensées, les actions physiques, les sensations, les souvenirs et les émotions. Elle se présente sous de nombreuses formes à chacun de nous. Elle peut être légère, modérée ou extrême et liée à des expériences quotidiennes simples ou à des événements catastrophiques. Elle peut se manifester dans certains domaines de la vie et non dans d'autres ; Elle peut aller de petites lacunes momentanées à une amnésie majeure, une non-réalisation complète (Janet, 1945).

La non-réalisation peut également concerner certains aspects d'une expérience et pas d'autres, s'appliquant aussi bien aux bonnes expériences qu'aux mauvaises. Par exemple, Hélène était fière d'être la première de sa famille à avoir terminé ses études universitaires, mais ne pouvait pas réaliser que c'étaient ses propres capacités intellectuelles qui les avaient rendues possibles. Au lieu de cela, elle croyait qu'elle était stupide, malgré des preuves claires du contraire. Elle se rendit compte qu'elle était constamment effrayée, ce qui se reflétait dans ses yeux écarquillés et ses épaules courbées mais elle ne pouvait pas encore réaliser la source de sa peur.

Les survivants de traumatisme ont un mélange de réalisations quotidiennes normales qui sont communes à tout le monde, combiné à de la non-réalisation majeure : *Je n'ai pas vraiment de problèmes. Je viens seulement à la thérapie parce que mon mari veut que je le fasse. Je ne suis pas le problème. Tout le monde est le problème ! Mon enfance était belle. Je n'ai aucune idée de la manière dont ces brûlures se sont produites sur mon bras, elles ne me font pas mal du tout. Je ne me souviens de rien avant le lycée. Ce petit garçon n'est pas moi. Ce visage que je vois dans le miroir n'est pas le mien.* Plus la non-réalisation est enracinée et omniprésente, plus la thérapie sera vraisemblablement longue et difficile. Dans ces cas, beaucoup de travail doit être fait pour aider les patients à augmenter la réalisation et l'intégration.

2. L'expérience somatique dans la réalisation et la non-réalisation

Par omission aveugle, la psychothérapie traditionnelle n'a pas aidé les thérapeutes à bien saisir le rôle central de l'expérience somatique, de la sensation, du mouvement, de la posture comme nécessaire ou même important à traiter. Quelques cliniciens se sont plaints que certains thérapeutes ont tendance à traiter les parties dissociatives comme si elles étaient des « choses » distinctes de la personne dans son ensemble. Pourtant, la thérapie elle-même a en quelque sorte réifié l'esprit comme une « chose » à traiter sans considérer que les contenus de l'esprit sont incarnés (dans le corps). En réalité, nous sommes à la fois esprit et corps, notre esprit fait partie du corps. Nous sentons et bougeons en réaction à ce qui est dans notre esprit, et simultanément notre esprit reflète ce que nous sentons dans notre corps. Ils sont vraiment inséparables, s'influençant mutuellement dans une boucle de rétroaction implicite constante. Même dans la non-réalisation la plus profonde, les parties dissociatives se présentent somatiquement, chacune avec ses propres caractéristiques physiques, même si elles restent inconnues ou non reconnues par les patients. Chez les patients dissociatifs, les aspects du traumatisme ainsi que l'évitement du traumatisme sont tenus dans diverses parties dissociatives. Par exemple, une partie du patient peut être fixée dans la peur avec des muscles tendus et une expression du visage gelée ou avec des douleurs physiques graves. Une autre partie peut être effondrée et fermée, recourbée sur elle-même, évitant toute reconnaissance du traumatisme, physiquement et

émotionnellement engourdie. Chaque partie dissociative a sa propre physiologie correspondante, des sensations et des mouvements qui reflètent leur contenu mental respectif.

Les expériences sensorielles habituelles, les gestes, les mouvements et la posture jouent un rôle fondamental en faveur de la réalisation ou de la non-réalisation. Les patients et les thérapeutes doivent être capables de reconnaître, par exemple, les sensations de sueur, les sensations aiguës, les mouvements nerveux et la posture tendue de la peur afin d'intervenir tôt pour soutenir la régulation et changer la peur en une émotion plus adaptée dans le présent. Les émotions ont des précurseurs somatiques affectifs et comprennent des sensations, des gestes et des mouvements. La posture du patient s'effondre dans la dépression. Les muscles se tendent d'anxiété et de peur. Les mains se resserrent pour former des poings, la poitrine se bombe, et les épaules sont rejetées en arrière dans la colère. L'expression du visage change selon la sécurité ou la menace perçue. Ressentir le soutien relationnel d'un autre est nécessaire pour l'attachement sécurisé et peut s'exprimer dans une chaleur et une expansion dans la poitrine, un relâchement de la tension, un redressement de la posture, une recherche de contact visuel. Ces expériences et de nombreuses autres expériences somatiques sont non seulement essentielles à observer, mais à utiliser thérapeutiquement.

L'évitement implicite d'une expérience somatique par un thérapeute peut entrer en collusion avec l'évitement du patient traumatisé, qui peut, sans le savoir, maintenir la non-réalisation. Bien que les patients puissent parler comme s'ils avaient de la clairvoyance par rapport au trauma et l'avaient intégré, leur récit superficiel et sans émotion est souvent un évitement accompagné de dissociation et de dépersonnalisation. Si, dans ce cas, le thérapeute n'écoute que les paroles du patient et ne s'occupe pas de son niveau d'activation et de son expérience somatique, une opportunité de réalisation supplémentaire sera manquée.

Les thérapeutes ressentent douloureusement combien les mots, les piliers de la thérapie verbale, passent souvent à côté des individus traumatisés. Ces derniers sont incapables de comprendre, de parler ou de formuler des pensées lorsque des souvenirs traumatiques sont activés, surtout lorsque ces expériences sont préverbales. La mémoire n'est pas seulement émotionnelle et cognitive, elle a des composantes somatiques. En particulier, les souvenirs traumatiques sont principalement somato-sensoriels, souvent sans composante cognitive (pour une grande part) et l'expérience non verbale du traumatisme vit dans le corps, contenue dans des parties dissociatives particulières (Brewin, Dalgleish et Joseph, 1996 ; Ogden, Minton et Pain, 2006 ; Van der Kolk, 1994 ; Van der Kolk et Fisler, 1995 ; Van der Kolk et van der Hart, 1991). Comme l'a noté Bessel Van der Kolk, « Le corps n'oublie rien » même si le patient ne peut se souvenir d'une expérience traumatique ou n'a qu'un rappel fragmentaire (Van der Kolk, 2018). Les patients disent souvent : « Je sais que je suis en sécurité et présent, mais je ne me *sens* pas en sécurité, et je me *sens* comme si j'étais à nouveau là, quand le traumatisme est survenu. » Ainsi, les actions somatiques répétitives

et inachevées du traumatisme peuvent se poursuivre, et peuvent être gardées dans diverses parties dissociatives du patient. Tandis que la réalisation et l'intégration peuvent implicitement inclure des changements somatiques, de sorte que le thérapeute n'a pas toujours besoin de les aborder directement, d'autres fois, il peut être essentiel de travailler de façon explicite avec l'expérience somatique. Par conséquent, nous croyons qu'il est impératif pour les thérapeutes d'intégrer la conscience et les interventions somatiques à des approches de psychothérapie plus traditionnelles chez des individus chroniquement traumatisés pour faciliter la réalisation et l'intégration (Ogden *et al.*, 2006 ; Ogden et Fisher, 2015).

3. La dissociation comme un problème de non-réalisation

La dissociation est peut-être le type le plus profond de non-réalisation. En fait, les troubles dissociatifs ont été appelés « syndromes de non-réalisation » (Janet, 1935, p. 349) et « troubles de réalités multiples » (Kluft, 1993a, p. 36). La dissociation implique une division de la personnalité du patient en parties qui ont chacune leur propre sens de soi et un certain degré de perspective à la première personne, avec des émotions spécifiques, des pensées, des croyances, des sensations, des perceptions, des prédictions, des actions physiques et des comportements. Chaque partie dissociative de la personnalité du patient englobe une perception unique de la réalité qui peut contredire la réalité des autres parties avec une attitude étonnante d'indifférence envers de profondes incohérences.



CONCEPT CLÉ

La **dissociation** est une division de la personnalité du patient en parties qui ont chacune leur propre sens de soi et qui, à cause de la non-réalisation, éprouvent trop ou trop peu. Ces expériences paradoxales marquent l'incapacité à réaliser un traumatisme.



Vignette clinique

Exemple de cas de non-réalisation : Joe

La sœur de Joe a rappelé qu'ils avaient été agressés sexuellement et physiquement par leur frère aîné sadique. Il y avait des preuves concrètes de l'abus, y compris le fait que le frère aîné fut retiré de la maison et placé en détention juvénile à l'âge de 16 ans. Cependant, Joe ne pouvait pas pleinement réaliser son histoire traumatique. Au cours d'une seule séance, diverses parties dissociatives de Joseph disaient : « Mon frère a abusé de moi. Je n'ai jamais été abusé. J'aime mon frère. Je n'ai pas de frère. Ce géant effrayant a vécu dans le placard dans ma chambre et venait me faire du mal chaque fois que j'allais dormir. »

Le thérapeute non initié est, on le comprend, complètement désorienté par de telles contradictions : *Qu'est-ce qui est réel et que dois-je faire avec ces déclarations incompatibles ?* Cependant, les thérapeutes peuvent saisir la signification de ces contradictions en comprenant que la division de soi est une solution à des réalités insupportables et inconciliables.

Dans le monde dissociatif interne du patient, les déclarations contradictoires peuvent coexister et chacune d'entre elles est vécue comme vraie par une partie du patient, mais pas par d'autres. Joe ne se rend pas (encore) compte qu'il a été abusé par son frère. La partie adulte de Joe, qui est la plus souvent présente dans la thérapie, nie complètement que son frère lui a fait du mal. Une autre partie de Joe, encore plus profondément dans la non-réalisation, nie même avoir un frère et n'a pas de souvenirs liés à son existence. Une partie enfant de Joe accepte qu'on lui a fait du mal mais est incapable de réaliser que c'était son frère. Il croit qu'il a été abusé par un « géant effrayant ». Une autre partie veut raconter l'histoire de l'abus au thérapeute mais est vicieusement censurée intérieurement par une partie qui crie *Menteur !* La partie adulte de Joe s'engage plus loin encore dans la non-réalisation en niant même tout à fait que ces parties dissociatives lui appartiennent. *Ce sont juste des voix folles qui ne m'appartiennent pas, je crains de devenir fou !*

Bien sûr, le thérapeute ne sait pas avec certitude que le frère de Joe a abusé de lui, mais ce n'est pas le travail du thérapeute de rechercher la vérité. Le patient donnera un sens à ce qui est arrivé avec le soutien neutre et compassionnel du thérapeute, qui souligne doucement les incohérences et aide toutes les parties de Joe à apprendre à se réconcilier au fil du temps. Cependant, il est certain pour les thérapeutes que Joe est terriblement en conflit au sujet de son frère, qu'il est en grande souffrance, et que certaines réalisations majeures sont évitées. La prise de conscience et la conciliation de ces conflits et des évitements deviennent l'objet du traitement.

Trop et trop peu : le duo dynamique de la dissociation

Les patients dissociatifs ont tendance à éprouver un mélange confus de « trop peu » ou de « trop » comme conséquence de la non-réalisation. Par exemple, Hélène évite d'une part son passé traumatique et essaie d'aller de l'avant avec la vie quotidienne. Cette partie adulte d'Hélène fait référence à ce que nous avons appelé la partie apparemment normale de la personnalité ou PAN (Nijenhuis, Van der Hart et Steele, 2002 ; Steele, Van der Hart et Nijenhuis, 2005 ; Van der Hart *et al.*, 2006). Dans ce livre, nous allons nous référer à des PAN comme à *des parties qui fonctionnent dans la vie quotidienne*. En tant que partie adulte qui fonctionne dans la vie quotidienne, Hélène éprouve trop peu, comme l'engourdissement émotionnel et physique, l'amnésie, l'incapacité de sentir le plaisir et un évitement accru de déclencheurs et d'exposition à de nouvelles expériences, ce qui restreint de plus en plus sa vie. Elle plane, sans être ancrée dans le présent, ne pensant à rien. Elle ne sent pas sa propre peau et s'est échaudée dans la douche à plus d'une occasion parce qu'elle ne sentait pas

complètement la chaleur. Elle se sent souvent émotionnellement si engourdie qu'elle se décrit comme étant comme « un morceau de carton ». La partie adulte d'Hélène ne se rend pas compte qu'elle a été maltraitée et, en ce sens, réalise trop peu.

D'autre part, la partie d'Hélène qu'elle appelle « Ellen » revit l'abus continuellement. Cette partie d'Hélène éprouve trop. Nous avons précédemment appelé ce type de partie la Partie émotionnelle de la personnalité ou PE (Steele *et al.*, 2005 ; Van der Hart *et al.*, 2006). Dans cet ouvrage, nous allons nous référer aux PE comme à *des parties bloquées au temps du trauma*. Ellen est pour toujours un enfant coincé au temps du trauma, se défendant contre un danger réel ou perçu ou encore contre des menaces vitales. Dans cette partie d'elle-même, Hélène est très dérégulée, éprouvant de trop, accablée par la peur, la honte ou la rage, par des sentiments sexuels et des souvenirs du corps. Parfois, Ellen est complètement fermée au point qu'il lui est difficile de reconnaître le présent. De cette façon, Ellen éprouve aussi trop peu du présent.

En tant que « La Surveillante », une partie critique, observatrice d'elle-même, Hélène a vécu son abus à grande distance, sans émotions à part la colère et le dégoût pour « la petite fille qui ne l'a pas arrêtée ». Cette partie d'Hélène est consciente du traumatisme mais éprouve trop peu d'émotions, comme si l'expérience ne lui était pas arrivée. Même si elle se souvient de l'abus, la partie observatrice d'Hélène est toujours incapable de le mettre dans un contexte réaliste, blâmant Ellen pour avoir causé l'abus. Ainsi, chaque partie d'Hélène a des formes uniques de non-réalisation qui contribuent à des conflits intérieurs continus et qui doivent être rencontrés dans le traitement.

Ces pôles de trop et trop peu sont des manifestations de l'expérience très contradictoire des survivants de traumatismes qui simultanément savent (dans certaines parties d'eux-mêmes) et ne savent pas (dans d'autres parties) ce qui leur est arrivé (Laub et Auerhahn, 1993). Savoir et ne pas savoir sont des expériences importantes qui coexistent et créent des conflits extrêmes chez les patients dissociatifs. La contradiction entre les deux implique que la pleine réalisation n'a pas été atteinte. Le thérapeute doit remarquer le conflit et aider les patients à en prendre conscience d'une manière qui invite à la curiosité sans danger et sans prendre parti.



CONCEPT CLÉ

Les **parties dissociatives** sont des tours de main hypnotiques qui gardent habilement et cachent ce qui ne peut pas encore être réalisé par le patient. Les thérapeutes doivent garder l'œil sur le coût des réalisations manquantes et nécessaires plutôt que sur les caractéristiques fascinantes des parties dissociatives elles-mêmes.

Les parties dissociatives comme phénomènes de non-réalisation

Janet (1945) a noté que les *croyances de substitution*, les réalités alternatives qui aident les patients à éviter la réalisation, comprennent les parties dissociatives. Les phénomènes des parties dissociatives – leurs âges, leurs genres, leurs préférences, leurs activités, etc. – sont une sorte de déception psychobiologique qui tient habilement et cache ce qui ne peut être réalisé par le patient. Comme le magicien d'Oz, les parties dissociées reflètent les blessés et les personnes vulnérables qui se disent essentiellement à elles-mêmes et disent au thérapeute : « Ne faites pas attention à cet homme derrière le rideau », dans un effort de les détourner des terribles réalités qui doivent encore être pleinement réalisées.

Simultanément, les parties bloquées dans des expériences traumatiques éprouvent désespérément le traumatisme comme se produisant dans l'*ici et maintenant*. Ces parties elles-mêmes sont incapables de réaliser que le passé est fini et que le présent est différent. Elles sont tellement fixées dans l'horreur, la rage, la peur ou la honte que le thérapeute et le patient peuvent se sentir accablés et distraits par l'intensité de ce phénomène. La résilience et les forces de la partie adulte du patient peuvent être oubliées. Des parties enfant coincées au temps de trauma peuvent entraîner le thérapeute à materner au lieu de traiter des patients comme des adultes dont la tâche thérapeutique est de réaliser que les parties enfant leur appartiennent en tant qu'adultes.



FOCUS

Le problème de l'équivalence psychique

Le thérapeute doit rester concentré sur la découverte des non-réalisations du patient plutôt que sur les caractéristiques fascinantes des parties dissociatives elles-mêmes. Les patients dissociatifs vivent souvent ce qu'on appelle l'*équivalence psychique*, c'est-à-dire qu'ils expérimentent la réalité interne (parties dissociatives, flash-back, même pensées ou émotions) comme des réalités externes réelles et puissantes (Fonagy, Gergely, Jurist et Target 2005 ; Target et Fonagy, 1996). Si Fonagy *et al.* (2005) ont décrit l'équivalence psychique comme un échec à la mentalisation, c'est aussi dû à l'*extrême logique de la transe hypnotique* commune chez les patients dissociatifs, où la pensée critique et la logique sont suspendues (par exemple Orne, 1959 ; Kluft, 1982 ; voir chapitre 8). Ainsi, ils peuvent voir les parties comme des personnes réelles au lieu de parties désavouées de soi. Ils éprouvent les flash-back comme des événements réels dans le présent plutôt que comme des souvenirs du passé. Ils peuvent littéralement percevoir le thérapeute comme l'agresseur parce qu'ils se *sentent* abusés. Ils peuvent prendre leur forte impression d'être mauvais comme preuve insupportable qu'ils *sont* mauvais. Les thérapeutes ne doivent pas s'engager dans l'équivalence psychique en ce qui concerne les parties dissociatives, c'est-à-dire qu'ils ne doivent pas confondre les parties dissociatives du patient qui sont des manifestations d'extrêmes non-réalisations avec des personnes réelles qui devraient être traitées séparément et différemment les unes des autres. L'antidote de l'équivalence psychique est d'abord d'être présent et conscient, puis de mentaliser, de prendre du recul et de réfléchir sur ce qui se passe, sur ce qui conduit à la réalisation.

Par exemple, les thérapeutes doivent comprendre que les parties enfant qui sont dans le besoin aspirent à de la proximité, ce que le moi adulte qui fonctionne dans la vie quotidienne généralement nie, en est dégoûté, ou trouve menaçant. Ce ne sont pas des enfants réels, mais des représentations psychobiologiques de ce qui ne peut pas encore être réalisé. À l'instar de ces jeunes parties, les patients évitent de se rendre compte qu'ils sont maintenant adultes et doivent faire le deuil de ce qu'ils n'ont pas reçu dans l'enfance. Une partie adolescente peut agir ou retenir la colère ou la sexualité qui est désavouée par la partie adulte et ainsi la protéger de ce qui est perçu comme des sentiments inacceptables et des impulsions irresponsables. La partie adolescente évite de se rendre compte qu'elle a grandi et doit trouver un équilibre entre la liberté et la responsabilité. Une rude partie agressive peut être coincée dans une défense de combat et ne pas se rendre compte qu'il n'y a plus besoin de se battre. Il se peut qu'une telle partie évite aussi de se rendre compte qu'elle était effectivement vulnérable et impuissante pendant l'abus. Le thérapeute doit reconnaître et aider le patient à accepter ces réalisations d'une manière graduelle dans le traitement réussi de la dissociation.

4. Les fondations évolutives de la dissociation et de la non-réalisation

La dissociation est à la fois un problème psychologique et physiologique. Dans la section ci-dessus, nous avons discuté des aspects psychologiques de la non-réalisation. Nous nous tournons maintenant vers l'important fondement physiologique de la dissociation et les aspects somatiques de la non-réalisation.

Systemes d'actions évolutifs

Nous les humains avons des tendances innées qui organisent notre physiologie, notre attention et notre comportement pour nous aider à survivre et à fonctionner dans la vie quotidienne ainsi qu'à nous défendre contre le danger et les menaces vitales. Ces tendances ont été appelées *systèmes d'actions* (Nijenhuis, 2015 ; Van der Hart *et al.*, 2006), *systèmes motivationnels* (Cortina et Liotti, 2007, 2014 ; Lichtenberg et Kindler, 1994) ou *systèmes émotionnels opérants* (Panksepp, 1998, 2012). Les systèmes d'actions comprennent chacun leurs propres réseaux de neurones et sont organisés par des affects primaires et des besoins physiologiques. Ils impliquent une « mémoire » évolutive pour ce qui est positif (à approcher) et ce qui est négatif (à éviter). Nous avons proposé que les systèmes d'action sont les principaux organisateurs des parties dissociatives et, en tant que tels, il est essentiel de les reconnaître et de les comprendre (Van der Hart *et al.*, 2006). Certains d'entre eux incluent :

- *L'exploration*, afin que nous puissions être curieux et apprendre sur nous-mêmes, les autres et notre monde.
- *L'attachement*, afin que nous puissions chercher des connexions qui offrent un sentiment de sécurité.

- Le *soin*, en réponse à la recherche d'attachement par autrui.
- La *sociabilité*, afin que nous puissions fonctionner en groupe, ce qui inclut la *collaboration*, afin que nous puissions nous comprendre, communiquer et travailler en vue d'atteindre des objectifs communs.
- Le *classement* ou la *compétition*, afin de maintenir une place dans la hiérarchie sociale par la domination, la soumission et la concurrence pour les ressources.
- Le *jeu*, qui soutient l'apprentissage, la compétence et la connexion avec les autres.
- La *gestion de l'énergie*, la capacité à gérer le repos et l'apport alimentaire adéquats et celle de conserver ou dépenser l'énergie selon les besoins.
- La *sexualité*, afin que nous puissions nous reproduire.

Il existe aussi des systèmes d'actions de défense qui organisent notre comportement lorsque nous sommes en danger ou menacés. Ceux-ci seront discutés plus loin et tout au long de cet ouvrage.

Afin que les différents systèmes d'actions soient activés de manière appropriée, les humains ont besoin de certaines voies pour déterminer s'ils sont en sécurité ou non. Ainsi, nous avons tous une capacité naturelle et innée à évaluer la sécurité, le danger et la menace à un niveau neuronal et préconscient avant l'attention consciente. Porges a appelé cela la *neuroception* (1995, 2001, 2004, 2011). Malheureusement, les patients dissociatifs (ou des parties d'eux-mêmes) sont souvent incapables d'évaluer avec précision s'ils sont en sécurité ou en danger dans le moment présent. C'est-à-dire qu'ils sont engagés dans une neuroception défectueuse. Ils détectent généralement de manière inexacte le danger et la menace là où il n'y en a pas, mais parfois ils ne détectent pas non plus la menace quand elle est effectivement présente. Ce manque de perception très élémentaire et instinctive conduit à une non-réalisation psychologique supplémentaire. Les patients ne peuvent pas se rendre compte qu'ils sont en sécurité parce que leurs signaux corporels leur disent qu'ils sont toujours en danger. Ils ne peuvent pas expérimenter l'attachement sûr qui soutient l'intégration, ce qui contribue à maintenir leur non-réalisation. Inversement, les patients qui sont incapables d'évaluer quand ils ne sont pas en sécurité sont si déconnectés de leurs signaux corporels qu'ils ne peuvent pas détecter avec précision les indices de danger. Ces patients sont souvent victimes à répétition.

Les fonctions intégratives de l'attachement sûr

Les humains ont une organisation psychophysiologique innée, appelée le *système d'engagement social* (Porges, 1995, 2004, 2011), qui nous aide à nous réguler afin que nous puissions explorer notre monde et bien nous connecter aux autres. Le système d'engagement social est fonctionnel à la naissance, il forme notre fondement psychophysiologique pour l'exploration et l'attachement sécurisé, ce qui contribue grandement à notre régulation. Via la branche myélinisée du nerf vagal, nos voies neuronales sont organisées pour soutenir des comportements qui facilitent l'exploration, la formation

de liens affectifs et l'attachement. La branche myélinisée du nerf vagal aide aussi à contrôler le rythme cardiaque et donc notre niveau d'activation. Le système d'engagement social nous aide à maintenir un état d'être calme qui promeut la croissance, l'intégration et un sentiment de bien-être. C'est ce qui nous permet de nous connecter aux autres afin que nous puissions éprouver la régulation relationnelle fondamentale qui est nécessaire pour la santé mentale (p. ex., Siegel, 2010b, 2015).



FOCUS

**Activation des systèmes d'action
de la vie quotidienne**

L'exploration, l'attachement sécure et le système d'engagement social soutiennent l'activation d'autres systèmes innés motivationnels ou d'actions nécessaires au fonctionnement adapté à la vie (Cortina et Liotti, 2007, 2014 ; Lichtenberg et Kindler, 1994 ; Panksepp, 1998 ; Van der Hart *et al.*, 2006). Il est clair que les patients qui souffrent de traumatismes chroniques ont des difficultés avec de nombreuses fonctions de ces systèmes innés parce que ceux-ci ne sont pas bien intégrés. Leurs systèmes d'actions quotidiennes sont constamment interrompus lorsque des défenses contre la menace émergent. Par exemple, beaucoup de patients manquent de curiosité à propos d'eux-mêmes ou du monde parce qu'ils ont peur ; la peur inhibe l'exploration. Beaucoup sont incapables de maintenir le contact visuel, un signal important de connexion aux autres. Ils sont donc incapables de lire les autres, ainsi ils continuent à être bloqués dans la défense et ne se sentent pas en sécurité. Ils ne peuvent pas utiliser la régulation relationnelle pour se calmer. Beaucoup sont incapables de jouer ou de s'amuser parce qu'ils se sentent inhibés d'une certaine façon, honteux ou craintifs. D'autres sont incapables de faire un deuil avec succès, étant chroniquement coincés dans le désespoir et incapables de s'appuyer sur des expériences relationnelles positives qui serviraient de soutien pour venir à bout de leur chagrin. D'autres luttent contre l'hyper- ou l'hyposexualité, considérant le sexe soit comme une menace, soit comme un substitut à l'intimité. Beaucoup de patients traumatisés luttent pour maintenir des rythmes réguliers d'alimentation, de sommeil et de repos. Certains ont un système de soin aux autres suractivé, ce qui est communément appelé la *codépendance*.



FOCUS

**L'inhibition de la défense contre le danger
et la menace à la vie**

Le système d'engagement social non seulement active des comportements qui soutiennent le fonctionnement adapté dans la vie quotidienne mais il inhibe également la défense inutile. Par exemple, un enfant peut être effrayé par le tonnerre, mais le parent rassure et soutient l'enfant en lui donnant peu à peu des explications sur le tonnerre, il encourage l'enfant à faire de gros bruits avec sa propre voix qui imite le tonnerre, et façonne ainsi l'enthousiasme et la curiosité. L'enfant voit que l'adulte n'a pas peur, ce qui est apaisant et rassurant. L'engagement social désactive la défense de l'enfant et, une fois qu'il est régulé et que ses besoins d'attachement sont satisfaits, le système d'exploration est réactivé et l'enfant part explorer le monde.

La défense contre les dangers et les menaces vitales

D'un point de vue évolutif, rester en contact avec les autres constitue notre première ligne de défense contre le danger puisque le groupe social est notre protection la plus puissante. Cependant, l'évaluation de la menace grave active automatiquement la défense et inhibe tous les systèmes d'action de la vie quotidienne. Alors que l'attachement est une première ligne de défense face aux menaces légères, il se trouve désactivé lorsque la menace devient plus grave. Par exemple, lorsqu'un jeune enfant éprouve de l'inconfort ou de la détresse, en particulier la panique qui est évoquée quand celui qui prodigue les soins est hors de vue, l'enfant crie. Le cri est un mode de défense naturelle, qui est alors désigné comme cri de séparation, cri d'attachement ou d'appel à l'aide. Il implique la panique plutôt que la peur, des pleurs et des comportements frénétiques de recherche et de cramponnement (Nijenhuis, 2015 ; Ogden et al., 2006 ; Steele, Van der Hart et Nijenhuis, 2001 ; Van der Hart *et al.*, 2006 ; Van der Kolk, 1987). La recherche d'attachement est alors à son plus haut degré d'intensité. Son but est de motiver la personne de soin à assurer la sécurité et la survie.

Cependant, quand la menace est trop grande, l'enfant ne recherche plus une figure d'attachement mais réagit avec des défenses acquises au cours de l'évolution. La fuite (*flight*) et le combat (*fight*) aboutissent à une sur-activation extrême accompagnée d'une préparation à l'action : tension dans les épaules, les bras et les mains (combat), dans les jambes et les pieds (fuite). Le figement (*freeze*) implique également une excitation propice élevée dans laquelle les muscles sont tendus et le rythme cardiaque élevé. En outre, la parole est inhibée et le mouvement empêché par l'immobilité tonique (rigidité ou haut tonus musculaire). Lorsque la menace est suffisamment grave pour être considérée comme un danger de mort, l'enfant peut même s'effondrer dans une sorte de mort feinte ou une *sous-activation feinte* (Porges, 2004, 2011). Alors que l'évanouissement est la manifestation extrême de la désactivation dorso-vagale, un ralentissement progressif, appelé flacidité (*flag*) (Schauer et Elbert, 2010) est plus fréquemment observé dans les séances. Les patients en état de flacidité peuvent ne pas être complètement insensibles, comme c'est le cas dans la mort feinte, et montrer des signes qu'ils planent, qu'ils sont lents à penser et à parler, fatigués ou somnolents. La flacidité et la mort feinte sont provoquées par le système parasympathique (en particulier la branche dorsale non myélinisée du nerf vague) et se caractérisent par une immobilisation extrême dans laquelle les muscles perdent leur tonus et deviennent flasques. Pour les nourrissons et les enfants en bas âge, les ruptures sévères d'attachement telles que la négligence ou l'abandon peuvent être évaluées comme menaces vitales, évoquant la défense chronique (Barach, 1991 ; Bowlby, 1969/1982, 1980 ; Liotti, 2009 ; Schore, 2003). Le tableau 1.1 résume ces différences. Il est important pour les thérapeutes d'être en mesure de distinguer chaque défense basée sur ses aspects psychophysiologiques, car les approches de traitement seront différentes pour chacun.

En plus d'être coincés dans les défenses animales, les patients peuvent également être pris dans d'autres stratégies peu utiles basées sur des systèmes d'action évolutifs. Par exemple, une partie d'Hélène peut être extrêmement soumise et apaisée au travail, ce qui se communique par une habitude à baisser la tête, à assumer une posture effondrée, et par une façon de parler douce et souple. D'une part, son apaisement est une sorte de désactivation dorso-vagale dans une tentative de survie, car elle se sent fortement menacée par les personnes en raison d'une neuroception défectueuse. D'autre part, elle a appris comme enfant qu'elle était plus en mesure de maintenir la connexion en étant soumise et apaisée comme il convient dans un système de rang social ou de concurrence. Ainsi, son comportement est à la fois une défense contre la menace et un moyen de maintenir l'attachement au sein d'un système de rang social. Hélène a aussi une partie sexuelle qui sert de stratégie pour rester en sécurité (je peux survivre si je suis sexuelle) et à obtenir ce dont elle a besoin en termes de connexion (si j'ai des relations sexuelles, quelqu'un m'aimera). Avoir une partie sexuelle permet également à Hélène d'éviter d'avoir affaire avec sa propre sexualité, car celle-ci est menaçante pour elle.



CONCEPT CLÉ

Les **défenses physiques naturelles** sont activées lors d'événements potentiellement traumatisants et incluent les pleurs d'attachement, la fuite, le combat, le figement, l'affaiblissement et l'évanouissement. Les patients dissociatifs ont des parties d'eux-mêmes coincées dans ces défenses, incapables de réaliser qu'il n'y a plus aucun danger et incapables d'évaluer la sécurité avec précision.

Hélène éprouve un dilemme central commun à tous les patients atteints de troubles dissociatifs : le besoin de se défendre en raison d'une neuroception chronique défectueuse dans laquelle elle évalue la menace constante et le besoin simultané d'être connecté aux autres et de se sentir en sécurité. Nous reviendrons sur ce dilemme tout au long du livre, et en particulier dans le chapitre 3, où nous discutons de la façon dont ce conflit affecte la relation thérapeutique.

TABLEAU 1.1. Défenses innées

Défense	Type	Contrôle physiologique	Niveau d'activation	Signaux physiques
Engagement social	Connexion aux autres pour la sécurité ; défense la plus évoluée.	Ventro-vagal ; parasymphatique	Régulation et sens de bien-être ; FC et PA normaux	Posture décontractée et ouverte avec les autres ; Visage souriant ou détendu ; Bon contact visuel
Pleur d'attachement/cri à l'aide	Pleurer pour mobiliser un autre plus fort, plus sage pour la survie	Symphatique ; Panique plutôt que le système de peur du cerveau	Un niveau élevé de détresse et de panique ; Recherche urgente et agrippement au donneur de soins	Des yeux implorants qui cherchent les yeux de l'autre ; Recherche accrue de proximité ; Tendance à se pencher vers l'avant, à atteindre avec les yeux, le visage et le corps
Fuite	Mobiliser la défense	Symphatique	Sur-activation ; augmentation de la FC et de la PA, tension musculaire et mouvement ; peur	Tension et/ou mouvement accru, parfois nerveux, surtout dans les jambes ; Tendance à se pencher, se détourner, regarder la porte ou pour trouver d'autres voies d'évacuation
Combat	Mobiliser la défense	Symphatique	Sur-activation ; augmentation de la FC et PA, tension musculaire et mouvement, colère	Tension dans les bras, les mains et les épaules ; Mouvement préparatoire précipitant une action de combat, telle que élèvement des paumes ou fermeture des mains ; Peut afficher des mouvements de poussée ou de serrement avec les bras ou les mains

Défense	Type	Contrôle physiologique	Niveau d'activation	Signaux physiques
Figement/figé de peur	Immobilisation de la défense, immobilité tonique	Sympathique élevé	Extrême sur-activation ; Augmentation de la FC et de la PA ; Tonus musculaire rigide ; Perte de la parole et de la pensée cohérente ; crainte	Niveau élevé de tension globale et de tonicité musculaire rigide associé à l'immobilité ; Sentiment de paralysie ; Les yeux peuvent faire le tour de la pièce ou rester fixés
Affaiblissement	Immobilisation de la défense	Augmentation du vagal dorsal ; tonus parasympathique	Sous-activation ; diminution de la FC et de la PA ; vasodilatation ; arrêt cognitif, émotionnel, verbal, sensoriel et moteur	Réactions motrices et réactivité lentes ; L'orientation vers l'environnement et la vigilance sensorielle sont inhibées ; Pas d'expression du visage et regard fixe ; Tonus musculaire flasque
État de mort feinte/ Effondrement/ Arrêt	Immobiliser la défense ; Immobilité flasque : défense la plus primitive	Vagal dorsal ; dominance du parasympathique	« Jouer le mort » ou mort feinte ; Chute importante et rapide de la FC et de la PA ; Perte de sensibilité et de conscience	Tonicité musculaire flasque ; Regard fixe sans expression ; Incapable de parler ou de bouger ; Ne peut pas s'orienter vers l'environnement ; Souvent ne peut pas entendre, humer ou goûter ; Peut présenter des mouvements robotiques dont il ne se rappelle pas

5. Les chemins vers la dissociation chronique et la non-réalisation

Pourquoi Hélène devenue adulte, comme d'autres personnes sévèrement traumatisées, continue-t-elle à maintenir la non-réalisation et la dissociation si longtemps après l'arrêt de l'événement traumatisant ? Pourquoi ne s'est-elle pas intégrée une fois libérée de sa situation de violence ? Les réponses à ces questions peuvent être trouvées dans une description de la façon dont la dissociation se développe au départ.

Enfant, Hélène avait des expériences traumatiques qu'elle ne pouvait pas intégrer, des « points de rupture » métaphoriques (Ross, 1941, p. 66). Les émotions négatives (p. ex., la terreur, la honte et la rage, ainsi que les réactions d'immobilisation), la douleur physique et les pensées négatives (p. ex., *je suis peu aimable*) provoquent un point de rupture, une sorte de disjoncteur psychologique et physiologique qui a été déclenché.



CONCEPT CLÉ

La **dissociation de la personnalité** est maintenue dans le temps par :

- les ruptures chroniques, c'est-à-dire les expériences qui submergent la capacité d'intégration ;
- l'incapacité d'étendre la capacité d'intégration ;
- la nécessité de se rapporter à des donneurs de soins qui sont simultanément nécessaires et dangereux ou effrayants ;
- le manque de soutien social, de réparation de l'attachement et de compétences de régulation émotionnelle ;
- l'évitement phobique conditionné des expériences intérieures.

Les points de rupture peuvent arriver à n'importe qui, enfants ou adultes. Cependant, les enfants atteignent les points de rupture plus facilement en raison de structures de régulation immatures dans leur cerveau et de capacités d'intégration développementales limitées. Les conditions dans lesquelles les points de rupture sont sévères ou durables peuvent donner lieu à de la dissociation, à une division de la personnalité. Les structures d'intégration ou de régulation du jeune cerveau d'Hélène (p. ex., l'hippocampe et le cortex préfrontal) n'étaient tout simplement pas assez mûres ni ne possédaient les compétences cognitives ou émotionnelles pour intégrer son abus (Siegel, 2015). En outre, elle manquait d'un soutien social adéquat pour l'intégration. Hélène a vécu dans un état chronique de débordement en alternant sur- et sous-activation. Dans un état de sur-activation, elle a éprouvé de l'anxiété élevée et de la vigilance sensorielle extrême et a eu des mouvements tendus, rapides. Dans un état de sous-activation, ses muscles étaient flasques, ses mouvements ralentissaient et ses sens s'émoussaient. Ces états physiologiques sont des terrains stériles à partir desquels la pensée, la réflexion et l'intégration ne peuvent se développer et amener aux fruits de la réalisation. Enfant, Hélène n'avait pas l'ampleur de l'expérience de

vie disponible aux adultes pour donner un sens à ce qui s'était passé, ni suffisamment de soutien relationnel pour lui donner de l'apaisement, du réconfort et de la sécurité. Elle ne pouvait pas comprendre la trahison majeure de ceux qu'elle aimait et sur qui elle comptait pour survivre (Freyd, 1996, 2013).

Une accumulation de points de rupture a entraîné des sens de soi discordants et incompatibles. Ces derniers étaient organisés autour de certaines perceptions, émotions, pensées et actions physiques qu'Hélène ne pouvait pas intégrer au fil du temps (cf. Nijenhuis, 2015). Par exemple, il y avait Hélène, une enfant qui était intelligente et compétente à l'école et fonctionnait dans la vie quotidienne, mais qui évitait de penser ou de reconnaître l'abus. Plus tard, Hélène n'avait qu'un souvenir très fragmenté de son enfance. Il y avait la partie enfant immobilisée qui a vécu l'abus et à laquelle Hélène (en tant que partie qui a fonctionné dans la vie quotidienne) se réfère en tant que « Ellen ». Cette partie d'Hélène est toujours coincée dans la peur. Hélène dit à son thérapeute : « Ces choses méchantes sont arrivées à Ellen, pas à moi. Je n'étais pas là. » Il y a la Surveillante, qui a « observé » l'abus « à partir du plafond » et qui blâme « la petite fille stupide » (Ellen) et ensuite critique Hélène en tant qu'adulte pour ne jamais être assez bien. La Surveillante est critique, honteuse et continuellement en colère ; toujours observatrice, mais jamais secourable.

Qu'en fut-il après qu'Hélène eut quitté la maison et fut en sécurité ? Ne pouvait-elle pas intégrer son expérience alors ? Pour de nombreux patients, il reste le conflit insoluble entre la réalisation de ce qui s'est passé et le besoin de maintenir le contact avec leurs familles, y compris les auteurs. Le dilemme est d'accepter ce qui s'est passé et perdre votre famille, ou de maintenir la dissociation et garder votre famille. Ainsi, Hélène comme la plupart des patients traumatisés, est devenue celle qui cherche à éviter, en particulier ses propres pensées, sentiments, sensations et souvenirs liés à son passé abusif.



CONCEPT CLÉ

Les **survivants d'un traumatisme** sont bloqués dans un paradoxe de la douleur (Briere et Scott, 2012).

La douleur et l'inconfort sont des signaux. C'est-à-dire qu'ils jouent un rôle important en nous alertant que quelque chose ne va pas. Idéalement, on apprend à confronter et à faire face à tout ce qui pourrait causer une certaine douleur ou un inconfort afin d'éviter une plus grande douleur. Par exemple, des études laborieuses sont préférables à l'échec, traiter un passé douloureux est préférable à être aspiré dans un tourbillon d'évitement continu qui contraint ou détruit la qualité de vie actuelle. Malheureusement, les patients n'apprennent pas souvent cette leçon qui consiste à tolérer un degré d'inconfort et de douleur afin d'atteindre un but plus important. Ils sont coincés dans un paradoxe douloureux (Briere et Scott, 2012). Le paradoxe est le suivant : plus ils évitent la douleur du passé, plus la souffrance du passé se prolonge dans le présent. Plus la souffrance est durable, plus les patients évitent la douleur

et se replie dans la non-réalisation. La solution est d'accepter avec compassion, c'est-à-dire de réaliser la douleur, qu'elle soit physique ou émotionnelle, ce qui peut finalement conduire à une réduction de la souffrance. Il s'agit d'un des principes fondamentaux de la thérapie de l'acceptation et de l'engagement (ACT ; Hayes, Strosahl et Wilson, 2011, Harris 2022 ; Deval, 2023) et de la thérapie comportementale dialectique (DBT ; Linehan, 1993, 2014) et d'un concept particulièrement important pour les patients chroniquement traumatisés.

Les phobies d'origine traumatique qui maintiennent la dissociation

La partie adulte d'Hélène a développé une phobie de l'expérience intérieure, un problème fondamental qu'il fallait affronter et résoudre en thérapie (Boon *et al.*, 2011 ; Nijenhuis, Van der Hart et Steele, 2002 ; Steele *et al.*, 2005 ; Van der Hart *et al.*, 2006). Au fil du temps, même le soupçon d'émotion ou de mémoire traumatique, toute sensation de peur ou de colère, propulse Hélène dans une vague de dissociation et d'autres stratégies d'évitement. Les autres parties dissociatives d'Hélène s'évitent l'une l'autre, par peur, par honte ou par colère l'une envers l'autre. De cette façon, la dissociation de la personnalité d'Hélène et de son sens de soi se perpétue et ne se résout pas au fil du temps.



CONCEPT CLÉ

Les patients souffrant de troubles dissociatifs complexes ont développé une série de **phobies** intimement liées aux traumatismes, qui soutiennent l'évitement et la non-réalisation :

- la phobie de l'expérience intérieure (pensées, émotions, sensations, prédictions, souhaits, besoins) ;
- la phobie des parties dissociatives de soi ;
- la phobie de la perte d'attachement et de l'attachement ;
- la phobie de la mémoire traumatique ;
- la phobie du changement adaptatif.

En fait, la phobie de l'expérience intérieure fait partie d'un ensemble beaucoup plus large de phobies d'origine traumatique, qui incluent également la *phobie des parties dissociatives* ; la *phobie de la mémoire traumatique* (Janet, 1904, 1925b) ; la *phobie de l'attachement et de la perte de l'attachement* ; et la *phobie de la prise de risque et du changement adaptatif* (Steele *et al.*, 2005 ; Nijenhuis *et al.*, 2002 ; Van der Hart *et al.*, 2006). Chaque partie dissociative est relativement isolée des autres parties par ces phobies qui sont maintenues par des conflits douloureux et des souvenirs qui ne peuvent pas encore être réalisés, et par des stratégies d'évitement. Par exemple, une partie en colère pourrait avoir des bras tendus, une expression faciale hostile et se sentir dégoûtée par une partie dans le besoin et, dès lors, punir le patient quand des besoins sont exprimés. Cette dernière partie qui a une posture affaissée et une tendance à toujours

s'accrocher à quelqu'un, se sent accablée, critiquée, et craint la partie en colère. La raison sous-jacente d'éviter la partie dans le besoin trouve ses racines dans le besoin humain fondamental d'Hélène de recevoir de l'attention, et qui était inacceptable et même dangereux quand elle était enfant. La partie en colère tente d'assurer la survie en reniant ces besoins. Plus les parties s'évitent les unes les autres, plus l'amnésie est probable et se poursuit, ce qui perpétue encore la dissociation.

Les phobies d'origines traumatiques se développent parce que nous évitons tout naturellement la douleur quand nous le pouvons. C'est une tendance innée qui a une fonction de survie et joue un rôle important en rendant la vie plus sûre et moins douloureuse à long terme. Ce comportement d'évitement inné d'une douleur importante nous aide à apprendre à garder nos mains loin du feu ou à comprendre que les individus cruels ou volatils ne font pas de grands amis ou partenaires. Ainsi, il n'est pas surprenant que les individus traumatisés évitent de réaliser ou de se connecter avec le passé douloureux afin d'essayer de continuer à vivre au quotidien et de rendre la survie possible. C'est normal pour un temps. L'évitement à court terme, qui vise à se rassurer et rassembler les ressources pour faire face aux expériences traumatisantes, est sain et souvent nécessaire. Toutefois, l'évitement chronique et la non-réalisation deviennent des actions de substitution qui remplacent la réalisation et entraînent de sérieuses difficultés.

Attachement désorganisé / désorienté dans les troubles dissociatifs

La dissociation liée à l'abus et à la négligence dans l'enfance peut peut-être être mieux comprise en considérant son développement dans le contexte de relations dangereuses (Barach, 1991). Les patients dissociatifs ont invariablement un type particulier de modèle d'attachement insécurisé appelé désorganisé/désorienté ou Attachement de type D (Blizzard, 2003 ; Chu, 2011 ; Howell, 2011 ; Liotti, 1992, 1999, 2009 ; Lyons-Ruth, 2007 ; Steele *et al.*, 2001 ; Van der Hart *et al.*, 2006 ; Farina et Onofri, 2025). L'Attachement de type D implique un conflit insoluble entre le besoin simultané de défense et d'attachement avec la même personne significative (Main et Hesse, 1990). Il est fortement corrélé avec la dissociation chronique et les troubles dissociatifs (Lyons-Ruth, Dutra, Schuder et Bianchi, 2006 ; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson et Egeland, 1997). L'attachement désorganisé implique un échec dans la régulation adaptative et dans la réparation interactive menant à un dysfonctionnement physiologique, comportemental et émotionnel et à des problèmes avec les représentations mentales précises de soi et des autres (Schoré, 2003a, 2010b, 2015 ; Solomon et George, 2011).

Enfant, Hélène était prise dans un dilemme entre avoir besoin de son père et de sa mère abusifs tout en ayant besoin de se défendre contre le danger. La dissociation survient donc entre l'engagement dans la vie quotidienne, qui comprend les stratégies d'attachement et les défenses animales rigides et innées contre la menace

(pleurs d'attachement, figement, fuite, combat, affaiblissement et évanouissement). Comme l'a noté Liotti, la menace chronique d'une personne qui s'occupe de l'enfant et dont l'enfant a besoin, « dépasse la capacité limitée de l'esprit de l'enfant à organiser des expériences conscientes cohérentes ou des structures de mémoire unitaires » (2009, p. 55). Hélène développa ainsi des stratégies de recherche d'attachement et de défense qui se contredisaient. Elle devait aller vers ses parents pour ses besoins essentiels tout en évitant le fait qu'ils pouvaient être dangereux. Elle devait se défendre contre le danger et la menace mortelle tout en ayant le désir naturel de se connecter à eux et de rencontrer ses besoins essentiels. Une fois qu'un enfant devient dissociatif, une partie (ou plus) de l'enfant évite la connexion pour se défendre contre la menace tandis que d'autres cherchent frénétiquement la connexion et que d'autres encore continuent simplement à vivre dans le quotidien, comme s'il n'y avait pas de danger. Chaque partie a donc sa propre physiologie lorsqu'elle est activée. Chaque partie a ses propres représentations mentales, émotions, pensées, prédictions, mouvements et postures corporelles sur lesquels la défense est activée.

La dissociation, la défense et la non-réalisation

L'évitement de la douleur se complique dans le traumatisme par la culpabilité et la honte chroniques et par l'habitude des défenses innées contre la menace : fuite, combat, figement, affaiblissement (ralentissement) et évanouissement (effondrement). Comme noté ci-dessus, diverses parties dissociatives peuvent être fixées dans ces défenses.

Le manque de réalisation est implicite lorsque ces défenses sont entretenues chez les survivants de traumatismes. Ceci entraîne une cascade de défaillances d'intégration qui perpétuent les réactions traumatiques au fil du temps. Lorsque les humains sont craintifs, une ou plusieurs de ces défenses sont activées et nous sommes prêts à chercher des signaux de danger, même quand ils ne sont pas là. La capacité à réaliser que nous sommes en sécurité est inhibée à un niveau primitif, instinctif, et la logique rationnelle ne calme pas la peur. Par exemple, l'enfant qui a peur des monstres dans le placard n'est pas du tout aidé avec des mots comme « Ne t'inquiète pas, Il n'y a pas de monstres là-dedans ». Le corps de l'enfant à la fois reflète et contribue à la peur par la tension qui pourrait indiquer une volonté de courir, de combattre ou de se figer dans la peur, peut-être en se contractant, en se recroquevillant, ou en écarquillant les yeux et en manifestant des comportements de recherche frénétique tels que le cramponnement. Au lieu de cela, l'enfant doit avoir un *sentiment* de sécurité pour soutenir la réalisation, que ce soit à travers la présence littérale de soins du parent, ou par certains rituels du coucher qui enveloppent l'enfant dans un sens de sécurité et de bien-être. L'enfant peut alors utiliser l'attachement sécurisé (réel ou représenté) comme régulateur physiologique qui atténue l'excitation de la peur, apaise la neuroception du danger et désactive les défenses innées. Peu à peu, l'enfant apprend à distinguer les craintes générées intérieurement de la réalité extérieure et développe la capacité de se calmer et de s'apaiser seul lorsque c'est nécessaire.

Lorsque la peur ou la honte sont activées de façon chronique dans une partie dissociative, ces émotions sont relativement inaccessibles au changement sans aide extérieure. Cela, en partie parce que des patterns, non seulement émotionnels mais aussi physiques et nerveux, se sont développés et soutiennent ces conditions dérégulées. Des schémas somatiques chroniques peuvent s'ensuivre : la tension habituelle et l'activation élevée qui peuvent refléter la peur ou les yeux baissés, la tête rentrée, la posture affaissée et la faible activation qui reflètent typiquement la honte. Ainsi, les défenses contre la menace continuent d'être générées intérieurement, sans relâche. Bien que l'adulte puisse se rendre compte qu'il est en sécurité d'un point de vue adulte, cette prise de conscience cognitive a peu d'impact sur les parties dissociatives fixées dans la peur. Ces parties doivent être accessibles au patient, aidé à découvrir les schémas somatiques et émotionnels qui contribuent à ces défenses. Elles doivent également être autorisées à éprouver un sentiment de sécurité afin de réaliser des changements adaptatifs. Nous reviendrons à plusieurs reprises sur ces défenses et sur la façon de travailler avec elles tout au long du livre. Mais pour l'instant, nous continuons avec le thème de la non-réalisation, cette fois en examinant les difficultés propres du thérapeute. En effet, aucun d'entre nous n'est à l'abri des luttes incessantes qu'implique la réalisation.

6. La non-réalisation chez le thérapeute

Parfois, ce sont les thérapeutes qui se retrouvent avec des non-réalisations majeures et qui souffrent des caprices d'éprouver trop et trop peu. Nous sommes confrontés à la tâche d'avoir besoin de réaliser certaines vérités sur nous-mêmes ainsi que sur nos patients afin de faire progresser la thérapie. La réalisation constitue le chemin vers l'appropriation et la résolution de nos propres réactions et émotions en réponse au patient, c'est-à-dire le contre-transfert (Piedfort-Marin, 2019; Hopchet et Detournay, 2023).



CONCEPT CLÉ

Les principales **non-réalisations du thérapeute** peuvent contribuer à des impasses thérapeutiques. La capacité des thérapeutes à réaliser avec précision leur expérience et celle du patient est essentielle pour maintenir la thérapie sur la bonne voie.



Vignette clinique

Exemples de cas de non-réalisation chez le thérapeute : Jacques et Henriette

Jacques était un thérapeute très sceptique devant les troubles dissociatifs, ce qui l'empêchait de réaliser qu'il traitait une patiente dissociative. Quand sa patiente lui disait qu'elle avait en elle deux « personnes » différentes (c'est-à-dire des parties dissociatives) qui lui faisaient du mal, Jacques y voyait une réticence de sa patiente à assumer la responsabilité de son automutilation. Il considérait son automutilation comme quelque chose dont elle avait pris connaissance et qu'elle essayait d'imiter pour attirer l'attention. Il avait même envisagé que la patiente était psychotique bien qu'elle

ne présentât pas d'autres symptômes de psychose. Jacques ne croyait pas que la patiente avait été traumatisée mais il supposait qu'elle inventait des histoires d'abus, encore une fois pour recevoir de l'attention, peut-être sur base des livres qu'elle avait lus. Cette croyance n'était pas le résultat d'observations ou d'une anamnèse attentive de la patiente, ni d'une écoute empathique des souffrances qui pouvaient se rapporter à son histoire, mais se basait plutôt sur le peu qu'il avait appris sur la question des abus, lors de sa formation, de nombreuses années auparavant.

Lorsque la patiente ne faisait pas de progrès, évoquait ses automutilations plus fréquentes et devenait suicidaire, Jacques l'informait qu'elle avait un trouble de la personnalité et qu'elle n'était pas prête pour le traitement. Les croyances fixes de Jacques sur la dissociation et le traumatisme, son manque de formation dans les phénomènes dissociatifs et son incapacité à compatir avec le vécu de sa patiente ont mis un terme à sa curiosité. Jacques était incapable de se rendre compte de son contre-transfert. Il était incapable de réaliser qu'il se maintenait à distance et était dédaigneux et qu'en se focalisant sur l'accusation de la patiente il activait en elle la panique et la honte et augmentait ses symptômes.

Il critiquait la patiente pour son manque de progrès sans assumer la responsabilité de ses propres actions nuisibles ni de son incapacité à se connecter et à comprendre l'expérience subjective de sa patiente. Il avait trop peu d'empathie et de curiosité et trop de rigidité dans ses croyances.

Henriette avait en tant que thérapeute reçu son patient dissociatif au cours de séances prolongées trois ou quatre fois par semaine afin de travailler sur des souvenirs traumatiques. Elle lui adressait des appels téléphoniques pour la réconforter et la soutenir chaque fois que son client en ressentait le besoin, ce qui était fréquent. Henriette traitait les parties dissociatives de son patient comme des personnes séparées. Elle croyait que le contact soutenu d'une personne bienveillante attentive aux parties enfant de son patient était nécessaire pour réparer l'attachement précaire du patient et faire face à ses horribles souvenirs traumatiques, malgré de nombreuses preuves de l'effet contraire, comme mentionné dans la littérature clinique (p. ex., Chu, 2011 ; Courtois et Ford, 2013 ; La Société internationale pour l'étude du Trauma et de la Dissociation [ISSTD], 2011 ; Kluff et Fine, 1993 ; Steele *et al.*, 2001).

Henriette était incapable de se rendre compte que son travail excessif sur les souvenirs déstabilisait sa patiente. Sa prise en charge des parties enfant sans encourager la partie adulte du patient à aider ces parties enfant avait créé chez son patient une dépendance vis-à-vis d'elle dont il éprouvait à la fois la honte et l'urgence. Il en résulta un cycle sans fin de besoin, de honte et de rage chez le patient. Henriette sentait que personne ne comprenait le malade autant qu'elle et qu'elle était la seule à pouvoir l'aider. Elle était incapable de réaliser que cette croyance dans ce quelque chose de « spécifique » entre elle avait et son patient était une forte réaction contre-transférentielle appuyée non pas sur la réalité, mais plutôt sur des fantasmes de sauvetage et de toute-puissance. C'était aussi enraciné dans sa crainte que le patient ne survive pas sans elle. Ces croyances, conjuguées au désespoir du patient, créaient un cycle dans lequel sauver et prendre en charge provoquaient la dépendance incontrôlée du patient, ce qui augmentait sa détresse, perpétuait et même augmentait les besoins d'Henriette de le sauver et le soigner. Henriette était trop impliquée dans la souffrance du patient et dans sa propre urgence à le sauver pour pouvoir aider. Elle avait trop peu de limites pour contenir la souffrance du patient ou son besoin désespéré de le sauver.

Jacques et Henriette représentent des extrêmes malheureux le long d'un continuum de contre-transfert qui sont tous trop communs chez les thérapeutes de patients hautement traumatisés. En partie parce que l'enseignement clinique ne fournit

généralement pas de formation complète au sujet du traitement des troubles dissociatifs. Ces extrêmes contre-transférentiels représentent les pôles de trop peu et trop d'action et d'émotion qui impliquent des non-réalisations significatives. Ils ne permettent pas au thérapeute de s'ouvrir pleinement à la totalité de l'expérience du patient ou d'assister à bon escient à la complexité des parties dissociatives. Aucun de ces thérapeutes n'a été attentif au processus relationnel. Au contraire, ils se sont concentrés sur le contenu.

Quelque part au milieu de ce continuum, la plupart des thérapeutes s'efforcent de maintenir un équilibre thérapeutique très nuancé mais cohérent entre éprouver et en faire trop ou pas assez. Ils font de leur mieux pour reconnaître le contre-transfert avant qu'ils ne fassent (beaucoup) de mal, en corrigeant leur propre cap intérieur afin que les patients puissent corriger le leur dans une danse interpersonnelle qui est imparfaite mais suffisamment bonne. Tout au long de ce livre, nous reviendrons sur les difficultés les plus importantes du travail du thérapeute avec la réalisation, comment les reconnaître et les corriger afin de garder la thérapie sur la bonne voie.

7. La voie de la réalisation

Nous avons discuté des nombreuses formes de non-réalisation. D'un autre côté, la compréhension de la nature de la réalisation est également importante. La réalisation est le partenaire tacite du concept populaire d'acceptation radicale (Brach, 2003 ; Linehan, 1993), l'acceptation sans jugement de la réalité telle qu'elle est. Une acceptation radicale est nécessaire pour arriver à la prochaine étape : l'engagement dans l'adaptation basée sur notre volonté et notre capacité à assumer la responsabilité d'agir sur la réalité telle qu'elle se présente maintenant et non pas comme nous aimerions qu'elle soit ou comme elle était par le passé. Cela implique la capacité d'accepter et de donner du sens à notre propre expérience – passée et présente – de savoir et d'assumer ce qui nous arrive à nous, et à l'intérieur de nous. Cela signifie que nous savons profondément, cognitivement, émotionnellement et somatiquement, que le passé est fini, mais qu'il nous influence aussi et reste une partie de notre expérience. Nous savons que l'avenir n'est pas encore là, même si nous pouvons le prédire dans une certaine mesure. Nous savons que nous sommes fermement enracinés dans le présent, où nous avons la possibilité et la responsabilité de faire des choix adaptatifs sur nos actions.

La réalisation signifie que nous nous engageons dans des combinaisons d'actions complexes et flexibles, qui impliquent d'évaluer la sécurité, le danger et la menace de vie ; et qui impliquent aussi la pensée, le sentiment, la détection, la perception, la prédiction, être et faire. Nous prenons la responsabilité de nos propres contributions à notre souffrance ou satisfaction ainsi qu'à celles des autres. Nous pouvons réfléchir à nos actions et en être responsables. Nous donnons sens à notre expérience et ce sens peut changer avec le temps au fur et à mesure que nous réfléchissons et continuons à faire plus de rencontres avec la vie. En d'autres termes, nous apprenons à partir de

nouvelles expériences plutôt qu'en étant fixés dans de vieux modèles de comportement. Bien sûr, cela semble facile en théorie. La vérité montre que la réalisation peut être un voyage extrêmement difficile et relevant du défi, en particulier pour les survivants de traumatismes qui sont tellement coincés dans le passé et terrifiés ou honteux d'y faire face.

Deux formes de réalisation se présentent sur le chemin de l'intégration : la personnification et la présentification. L'acquisition personnelle de notre expérience est appelée *personnification* (Janet, 1929 ; Van der Hart *et al.*, 2006 ; Van der Hart, Steele, Boon et Brown, 1993). Les patients doivent finalement accepter ou réaliser que tout ce qui est arrivé dans leur vie *leur* est arrivé, pour le meilleur ou pour le pire. Cette inscription d'expérience comme étant la sienne propre est un pas essentiel vers l'intégration : « Cela m'est arrivé ! Cette partie est moi ! Mon oncle m'a fait mal ! » La personnification est l'acceptation de sa propre réalité.

Cependant, l'intégration exige plus qu'une simple expérience d'acquisition. Beaucoup de patients peuvent dire : « Je sais que cela m'est arrivé, mais je ne sens rien à ce sujet. » La réalisation doit également inclure l'être dans le présent avec un sens relativement intégré de notre passé et de notre futur. Il s'agit de quelque chose de beaucoup plus complexe que la pleine conscience du moment présent (Janet, 1928). C'est ce qu'on appelle la *présentification* (Janet, 1928 ; Van der Hart *et al.*, 2006), la capacité à simultanément être et agir dans le moment, influencé mais non contrôlé par le passé (ou futur anticipé). Dans la présentification, on relie le passé et l'avenir à l'ici et maintenant en fournissant le contexte et la signification pour le présent. La présentification aide les gens à s'organiser (se réorganiser) tels qu'ils sont dans le monde en saisissant la réalité du présent et en agissant de manière adaptative. Par exemple, une fois que les patients réalisent qu'un certain souvenir leur appartient (« Cela m'est arrivé »), ils sont plus en mesure de comprendre leur comportement (« Donc c'est la raison pour laquelle je déteste tellement le sexe ») et d'ensuite changer leur comportement (« Je peux profiter du sexe dans le présent où je suis un(e) adulte avec un partenaire sûr et aimant »).

La réalisation n'est pas seulement l'acceptation de ce qui est. D'une façon tout aussi importante, la réalisation concerne la capacité d'accomplir ce pour quoi nous avons espéré et travaillé. Par exemple, « Après de nombreuses années de travail acharné, je suis enfin capable de réaliser mon rêve d'obtenir un diplôme d'études supérieures » ; ou « Je me suis rendu compte que mes parents n'avaient pas la capacité de m'élever sainement mais que, quoi qu'il en soit, je peux être bien dans le monde ».

La nature imparfaite de la réalisation dans la vie quotidienne

La réalisation complète est difficile à trouver, sinon impossible. L'intégration et la réalisation étant continues et imparfaites, nous nous trouvons tous continuellement à travailler pour atteindre l'acceptation de la réalité de façon plus ou moins importante.

« Je ne peux pas réaliser qu'on a atteint la date limite ; Je ne peux pas réaliser que mon amie est décédée et que je ne vais pas la revoir, je continue à saisir mon téléphone pour l'appeler ; Je ne pense pas avoir encore pleinement réalisé ce que cela signifie d'être célibataire après mon divorce. » Ces luttes quotidiennes et normales de la réalisation sont des jalons sur le chemin de notre voyage quotidien sur la voie imparfaite de l'intégration continue. On mesure alors toute la difficulté à réaliser des expériences extrêmement traumatisantes de douleur et de trahison écrasantes qui ont été évitées pendant des décennies car tellement accablantes.

Le degré de réalisation qui peut être atteint dépend de la capacité d'intégration de l'individu. Certains en sont plus capables et d'autres moins en raison de facteurs innés, développementaux et environnementaux. Certains patients très traumatisés viennent en thérapie avec une capacité limitée à accepter ce qui s'est passé et à pouvoir passer à autre chose. Cela se reflète dans leur niveau de perspicacité, de motivation, de défenses et de résistances. Ainsi, la thérapie doit toujours tenir compte du degré auquel un patient particulier est susceptible de construire une capacité intégrative pour résoudre les souvenirs traumatiques et vivre de façon plus adaptée dans la vie. C'est un point important dans l'évaluation de la séquence et du rythme du traitement ainsi que dans la détermination du pronostic (voir chapitres 6 et 7).

Réaliser le présent à travers la lentille du passé et de l'avenir

En dépit d'une focalisation sur le présent, notre « ici et maintenant » ne peut jamais être complètement séparé du reste de notre expérience passée et future. Le présent est plutôt une riche tapisserie tissée de fils tirés de nos réalisations passées et marquée par la façon dont nous nous sommes adaptés pour le meilleur et pour le pire, jusqu'à aujourd'hui. Nous voyons toujours le présent par le prisme de notre passé et de l'avenir que nous anticipons, même si ce n'est qu'implicitement. Il est à espérer que nous ayons la plupart du temps une vision relativement équilibrée de nos vies et que nous soyons capables de voir le présent suffisamment clairement afin qu'il ne soit pas complètement obscurci par le passé ou l'avenir tel que nous l'avions prévu. La relative précision de cette vision ou sa grande déformation dépend de ce que nous avons déjà réussi à réaliser. Nous ne pouvons être vraiment présents que dans la mesure où nous nous permettons d'accepter et de réaliser notre passé, de l'incorporer dans le présent au lieu d'essayer de le balayer sous le tapis. C'est un effort continu tout au long de notre vie, pas une série d'événements discontinus, uniques.

Chacun de nous est finalement touché par la tragédie, la perte, la déception, la trahison ou d'autres types de douleur. Ce sont des ingrédients inévitables de la vie, tout comme la joie, le réconfort, le contentement ou le succès. Ainsi, la réalisation consiste à accepter tout ce qui se présente sur notre chemin : le bon et le mauvais comme nous les percevons. N'étant pas de l'ordre du facile et de l'agréable,

la réalisation doit inclure l'acceptation du côté sombre de la vie, la douleur et la lutte, le manque de contrôle et l'incertitude, l'injustice et la vulnérabilité, la défaite et le désespoir que nous rencontrons de temps en temps. Par notre acceptation, nous créons du sens, ce qui nous soutient et nous aide à aller de l'avant. Nous ne sommes pas coincés dans des fantasmes amers à propos de la façon dont notre vie aurait dû être différente, ni dans des récriminations à propos de ce que nous avons fait ou non pour « causer » autant d'ennuis, en ressassant des « si seulement » ou des « j'aurais dû » pleins de regrets.

Parfois, ni le thérapeute ni le patient ne se rendent compte à quel point il sera difficile de faire des progrès dans le cours de la thérapie. Cela exige un travail acharné et une énergie mentale importante et régulée. Il s'agit d'aligner et de maintenir les actions mentales et comportementales qui exigent une capacité d'intégration constante. Souvent, les patients estiment qu'ils font un pas en avant et deux pas en arrière dans leur capacité de réalisation. Parfois, la réalisation est impossible ou prématurée et les patients entrent en crise lorsqu'ils essaient d'accepter ce qui est (encore) trop accablant pour eux, tel le patient débordé par des flash-back de plus en plus perturbants. En fait, les impasses dans la réalisation sont une cause commune de crise en thérapie et les thérapeutes doivent aider leurs patients à ralentir et à intégrer ce qu'ils sont capables d'assimiler sur le moment. Cela nécessite une étroite collaboration entre le thérapeute et le patient pour déterminer le niveau de capacité d'intégration du moment.

Par exemple, Hélène n'est pas encore prête ni capable d'effectuer plusieurs réalisations majeures qui sont la clé de son rétablissement : « Mon père a abusé de moi ; Je suis un être humain décent et capable, pas un produit brisé par la maltraitance ; Mes parents ont eu tort dans leur maltraitance vis-à-vis de moi et cela ne signifie pas que je sois mauvaise. » Ces réalisations et beaucoup d'autres seront durement gagnées et lui demanderont des centaines, sinon des milliers de nouvelles et difficiles actions mentales et comportementales qui devront être pratiquées au fil du temps. Hélène doit apprendre à tolérer et à accepter les émotions et les sensations qui les accompagnent au lieu de les éviter : « Je me sens triste ; Ma poitrine est serrée. C'est OK que je me sente triste. Cela a du sens. » Elle doit comprendre les pensées et les désirs au lieu d'agir impulsivement à leur suite : « Je veux me faire mal. Laissez-moi prendre un moment et réfléchir sur ce qui me bouleverse. » Elle doit être consciente dans le moment présent au lieu d'être prisonnière du passé ou inquiète de l'avenir : « Je me concentre sur le travail en ce moment. Je ne risque pas de perdre mon emploi, donc cela ne m'aide pas de penser à en chercher un autre. » Elle doit apprendre à réfléchir sur son expérience. « Je me demande pourquoi ces voix à l'intérieur semblent si bouleversées. » Helen doit changer ses croyances fondamentales dysfonctionnelles : « Je ne suis pas une mauvaise personne ; Je suis une personne faillible et bien intentionnée qui essaie de faire de son mieux la plupart du temps. » Elle doit aussi apprendre qu'elle est capable de colère : « Parfois, je ressens de la haine et de la rage. C'est une partie normale de l'être humain. Je suis curieuse de savoir pourquoi je ressens parfois cela. » Elle doit apprendre à accepter et à interpréter avec précision les signaux corporels.

« J'ai envie de fuir. C'est une impulsion du passé. » Elle doit transformer les flash-back fragmentés en un récit de vie : « Ces images, sensations et sentiments intrusifs sont des expériences d'abus que j'ai subis dans mon enfance. » Elle doit accepter les parties dissociées comme étant les siennes : « Cette petite fille, c'est moi ! Cette partie hostile et en colère garde mes sentiments de rage ! »

La capacité d'Hélène à tolérer les émotions doit la conduire à des actions « incorporées » et à des choix différents dans la vie, à prendre des risques pour développer de nouvelles relations et essayer de nouvelles actions qu'elle avait auparavant évitées par peur. Un nouveau sentiment de compétence et de confiance doit se traduire par des actions comportementales concrètes, comme retourner à l'école ou chercher un meilleur emploi ou une meilleure promotion, profiter des petits plaisirs de la journée, sortir de la maison plus souvent et trouver des activités et des relations significatives. Cette capacité changera aussi son corps. Sa posture ira en se redressant, ses épaules s'ouvriront, elle lèvera la tête. Elle aura un meilleur contact visuel. Ces changements physiologiques renforceront à leur tour un sens continu de la compétence et du bien-être. En général, la thérapie avec des patients chroniquement traumatisés et en particulier avec des patients dissociatifs demande un effort persistant et progressif pour les aider à passer de la non-réalisation à la réalisation. Le thérapeute doit être en mesure de reconnaître les affirmations et autres indications qui montrent que le patient est coincé dans une non-réalisation ou plutôt en mouvement vers la réalisation. À cette fin, nous présentons dans le Focus ci-dessous plusieurs indicateurs de croissance de la réalisation au cours de la thérapie.



FOCUS

Étapes graduelles de réalisation

Reconnaître les sensations et les impulsions à agir

- Je réalise que ma poitrine est serrée et je veux pleurer.
- J'ai réalisé qu'il y avait de la tension dans mes jambes et que je voulais courir.

Liens entre le passé et le présent

- Je me rends compte que ma dépression et mon anxiété ont beaucoup à voir avec ce qui s'est passé quand j'étais enfant.

Développer de l'empathie pour les parties dissociatives

- Je suis désolé pour cette petite fille.
- Je peux comprendre pourquoi cette partie peut être si en colère tout le temps.

Développer une « proximité » intérieure avec des parties dissociatives, ce qui implique une intégration progressive

- Je suis disposé à écouter cette voix et à essayer de créer un dialogue, même si c'est effrayant.
- Je peux imaginer tenir et réconforter cette petite fille ; Je suis adulte et je peux m'occuper d'elle.
- Je voudrais fournir une maison sûre et agréable pour toutes les parties de moi.

Reconnaître ce qui s'est passé

- Je comprends maintenant ce qui est arrivé à cette petite fille. Pas étonnant qu'elle ait eu si peur.

Situer un événement dans le passé

- C'est vraiment fini et cela ne se reproduira plus.
- C'était juste un jour de ma vie et c'est arrivé il y a longtemps. Il ne définit pas qui je suis.

Modification d'un schéma ou d'une signification fondamentale

- Ce n'était pas la faute de cette petite fille ; Elle faisait de son mieux ; Elle n'était qu'une enfant.

Personnification de l'expérience

- Cette petite fille, c'est moi. Cela m'est arrivé.

Faire son deuil

- Ce sont des choses horribles qui me font beaucoup de mal, j'ai perdu beaucoup de mon enfance.
- Il est correct de me permettre d'être en deuil.

Colère

- C'était injuste d'avoir été tellement blessé(e) !
- C'est OK d'être en colère et je peux apprendre à ne pas agir de manière destructrice quand je suis en colère.

Honte et culpabilité

- J'étais tout(e) petit, ce n'était pas de ma faute. Et je peux prendre la responsabilité de ce qui m'appartient dans le présent.

Mentaliser

- Mes parents ont fait de leur mieux ; ils n'avaient pas de bons parents eux-mêmes.
- Mon père était sadique et mentalement malade – il semblait avoir plaisir à me blesser et ensuite à me blâmer. C'était assez fou !
- Ce n'est pas une excuse, mais ça m'aide à comprendre ce qui se passait réellement avec eux et à savoir que ce n'était pas vraiment à propos de moi.

Comparaisons conclusives

- Mon expérience a été pire que celle de certains, pas aussi mauvaise que d'autres. L'important est que je réalise l'impact qu'elle a eu sur moi et comment je peux surmonter cela dans le présent.

Pleine réalisation

- Je n'ai plus peur, je n'ai plus honte et ne me sens plus accablé(e). J'ai des qualités dans le présent et des liens avec d'autres. Je peux faire mes propres choix. Je peux être entier (entière), plus triste mais plus sage. Je peux faire face à mes pertes.
- Ce sont toutes des parties de moi ; Je peux les assumer et les ramener à moi.

8. Le traitement orienté par phases et la réalisation

Comme nous l'avons vu plus haut, le long chemin vers la réalisation implique des actions mentales et physiques qui favorisent l'intégration de la personnalité du patient jusqu'à l'unification de la personnalité et au-delà. Pierre Janet (1898/1911, 1919/1925a ; cf. Van der Hart, Brown et Van der Kolk, 1989) a été le premier à suggérer qu'un traitement orienté par phases était nécessaire pour construire progressivement la capacité d'intégration du patient. Depuis lors, le traitement orienté par phases est resté le standard de soins pour le traitement du syndrome de stress post-traumatique (PTSD) complexe et des troubles dissociatifs (p. ex., Brown et Fromm, 1986 ; Brown, Schefflin et Hammond, 1998 ; Courtois, 1999, 2008 ; Courtois et Ford, 2012, 2013 ; Herman, 1997 ; Howell, 2011 ; Huber, 2003, 2013 ; ISSTD, 2011 ; Kluft, 1993a ; Loewenstein et Welzant, 2010 ; McCann et Pearlman, 1990 ; Putnam, 1997 ; Phillips et Frederick, 1995 ; Ross, 1997 ; Steele *et al.*, 2005 ; Van der Hart, 1991 ; Van der Hart *et al.*, 2006 ; Hopchet et Detournay, 2023 ; Tarquinio et Tarquinio, 2025). La plupart des auteurs adhèrent à un modèle à trois phases qui est le suivant :

- la sécurité, la stabilisation, la réduction des symptômes et l'entraînement des compétences ;
- le traitement des souvenirs traumatiques ;
- la (ré) intégration de la personnalité et la réadaptation.

En pratique et plus encore lorsque le degré de non-réalisation est élevé, l'application de ce modèle prend la forme d'une spirale dans laquelle alternent des phases différentes selon les besoins du patient.

Comme indiqué dans ce livre, le traitement de la Phase 1 – sécurité, stabilisation, réduction des symptômes et exercices des compétences – vise à renforcer chez le patient l'adéquation avec sa réalité actuelle. Cette dernière, comme Janet (1928) l'a souligné, devrait être vécue comme étant plus réelle et plus pertinente, au-delà du passé ou de l'avenir. Cela ne remet pas en cause le fait que le passé soit important, mais il faut le vivre comme quelque chose qui appartient, en effet, au passé et non au présent. La confrontation avec la non-réalisation du passé par le patient est différée jusqu'à ce que le patient puisse s'engager dans une plus grande réalisation. Ainsi, la réalisation de la mémoire traumatique devient principalement mais non complètement la tâche de la Phase 2 – le traitement des souvenirs traumatiques. Dans la Phase 3, celle de la (ré)intégration et de la réhabilitation de la personnalité, l'accent est mis sur la facilitation de la réalisation maximale avec ses deux composantes de personnification et de présentification de la vie actuelle, du passé et de l'avenir anticipé. Dans le chapitre 9, les objectifs spécifiques de chacune de ces phases seront discutés.



Explorations supplémentaires

- Prenez un peu de temps pour réfléchir à quelques expériences personnelles qui vous ont pris du temps et quelques efforts à réaliser (p. ex., accepter la perte d'une relation, faire face à une situation financière difficile). Qu'est-ce qui vous a aidé et qu'est-ce qui vous a entravé dans votre chemin vers la réalisation ? De quelle manière la réalisation a-t-elle fait une différence dans votre vie, le cas échéant ? Comment cette réalisation vous affecte-t-elle actuellement ?
- Faites une liste de non-réalisations qu'ont connues un ou deux de vos patients. (Peu importe s'ils sont dissociatifs ou non ; tout le monde connaît des non-réalisations). Notez ce qui rend difficile la réalisation de ce que ces patients évitent et ce qui pourrait les aider à progresser dans la réalisation.
- Si vous travaillez actuellement avec un patient qui a un trouble dissociatif, faites une liste des non-réalisations de diverses parties dissociatives et de quoi elles protègent votre patient. Par exemple, une partie coriace de l'adolescent pourrait protéger de la prise de conscience que le patient était impuissant pendant l'abus et pourrait également contenir une colère que le soi adulte du patient est incapable d'accepter.
- Identifiez une non-réalisation qui dans le passé vous a empêché de reconnaître ou de travailler votre contre-transfert. Par exemple, ne pas vous rendre compte que vous maternez un patient ou que vous vous êtes mis en retrait dans la colère ou la frustration. Êtes-vous conscient(e) de toute non-réalisation qui pourrait encore affecter votre contre-transfert dans le présent ? Votre propre thérapie, votre consultation et votre supervision peuvent être d'une grande aide pour résoudre ces problèmes. Après tout, nous avons tous des non-réalisations et des contre-transferts, et y faire face est le voyage d'une vie.
- Commencez à pratiquer l'identification des non-réalisations sous-jacentes dans chaque séance.

PARTIE I

La relation thérapeutique

Comment intégrer les parties dissociées

Le traitement de la dissociation d'origine traumatique constitue un défi thérapeutique face auquel les professionnels peuvent se poser de nombreuses questions. Comment évaluer l'importance de la dissociation ? Par quoi commencer ? Comment travailler à intégrer les parties sans accentuer la dissociation ? Comment réagir quand le patient est en colère, honteux, évitant ou ne fait pas confiance au thérapeute ?

La relation thérapeutique constitue le fondement du traitement. Les auteurs, spécialistes internationaux de la dissociation, proposent donc un plan de traitement en trois phases qui ne se contente pas d'indiquer ce qu'il faut dire ou faire, mais aussi comment être avec le patient.

Basée sur les dernières recherches en neuropsychologie et en psychologie évolutionniste, cette nouvelle édition invite le thérapeute à utiliser des approches innovantes et collaboratives pour parvenir à intégrer les parties dissociées. Vous y découvrirez :

- 80 concepts clés ;
- 120 focus et conseils pratiques ;
- 70 vignettes cliniques et exemples.

Un outil indispensable pour tous les professionnels confrontés au traumatisme et aux troubles de la personnalité que celui-ci engendre.

- **Kathy Steele** est directrice clinique des Metropolitan Counseling Services à Atlanta. Elle a présidé la Société Internationale pour l'étude du Trauma et de la Dissociation (ISSTD).
- **Suzette Boon** est psychologue et psychothérapeute. Spécialiste du diagnostic des troubles dissociatifs, elle est co-fondatrice de la Société Européenne pour l'Étude du Trauma et de la Dissociation (ESTD).
- **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.

DANS LA MÊME COLLECTION



44,90 €

ISBN : 978-2-8073-7512-3



9 782807 375123



de boeck D
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com