

*Sous la direction de*  
Joanna SMITH

# **Psychothérapie de la dissociation et du trauma**

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique

s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2016

11 rue Paul Bert, 92247 Malakoff cedex

[www.dunod.com](http://www.dunod.com)

ISBN 978-2-10-075410-6

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Préface

Roland Coutanceau

**L**A DISSOCIATION : d'une lecture de la psychopathologie du trauma à une inspiration renouvelée dans la prise en charge des victimes.

Le clinicien thérapeute se doit d'allier travail intellectuel sur les concepts et idées directrices pour la prise en charge thérapeutique.

En même temps, la pratique quotidienne nous propose deux défis un peu différents : celui de l'évaluation clinique et celui de la stratégie dans la prise en charge.

Le travail sur la théorie est celui d'un apprivoisement intériorisé du concept, pour se l'approprier dans l'ici et maintenant de la relation avec le patient.

Parallèlement, la technique thérapeutique consiste à rendre plus lisibles les « idées cachées » dans la thérapie dans une analogie de la technique des ouvertures aux échecs.

*Psychothérapie de la dissociation et du trauma* : d'emblée ce livre, conçu et coordonné par Joanna Smith, s'inscrit à la fois comme repérage théorique et comme inspirateur de la psychothérapie.

Dans la prise en charge du trauma, des concepts plus anciens (refoulement, clivage...) ont longtemps occupé le devant de la scène.

Aujourd'hui, le concept de dissociation émerge avec force.

Parfois, une intellectualisation de la théorie laisse apparaître une formulation décrivant plus la manière dont le psychisme se défend par la dissociation alors que le vrai sujet est autant sinon plus comment y remédier.

L'intérêt du livre est de proposer un fil conducteur allant de la théorie à la pratique, accompagnant le lecteur dans un questionnement sur sa propre pratique.

Les troubles dissociatifs se caractérisent par « une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur, et du comportement » (DSM-5).

On distingue : le trouble dissociatif, l'amnésie dissociative, et la dépersonnalisation-déréalisation.

En pratique, les troubles dissociatifs intègrent des réalités hétérogènes, toutes intéressantes à décrire dans leurs aspects multifformes.

Mais nous voudrions privilégier deux angles.

Le premier est que la dissociation s'inscrit comme repère complémentaire du PTSD, symptomatologie post-traumatique classique et notamment comme lecture psycho-pathologique d'une clinique symptomatique descriptive.

Le second est que la dissociation est particulièrement féconde en victimologie comme compréhension de réalités post-traumatiques résistantes à une psychothérapie standard.

Dans le quotidien du thérapeute du XXI<sup>e</sup> siècle, l'accueil et l'écoute des victimes de « traumas réels » (violences sexuelles, violences conjugales, enfants exposés à la violence, actes de terrorisme) rendent nécessaire une relecture de la réalité psychique post-traumatique.

Dans l'approche psychothérapique, l'esprit de livre est celui de l'ouverture, donnant la parole à des auteurs représentant des thérapies spécifiques et spécialisées (EMDR, *Somatic Experiencing*, thérapie des schémas, *International Family Systems*, hypnose, ICV...) n'excluant pas une complémentarité des approches.

Le livre collectif de Joanna Smith s'adresse à tout professionnel (ou profane), curieux de la compréhension de ce concept de la psychopathologie moderne, la dissociation mais aussi et surtout à tous les thérapeutes, notamment victimologues, pour accompagner leur écoute quotidienne, pour aiguïser leur sensibilité dans l'abord de la mémoire traumatique, pour leur permettre de mieux métaboliser l'histoire traumatique au-delà de la liaison, et de l'abréaction.

En espérant que tout lecteur partage le dessein de Joanna Smith et des auteurs de ce livre collectif : désir d'une lecture stimulante de la dissociation, motivation d'une écoute humaniste mais structurée, avec une stratégie réintégrative du souvenir traumatique.

# Table des matières

<i>PRÉFACE</i>	III
Roland Coutanceau	
<i>LISTE DES AUTEURS</i>	XV
<i>AVANT-PROPOS</i>	XVII

## PREMIÈRE PARTIE

### GÉNÉRALITÉS

<b>1. Dissociation structurelle : repérages</b>	2
Joanna Smith	
Différentes acceptions du terme dissociation	2
<i>Définition psychiatrique, 2 • Dissociation péri-traumatique, 3 • La dissociation dans la schizophrénie, 3 • Dissociation hypnotique, 4 • Dissociation structurelle, 5</i>	
Description de la dissociation structurelle	6
Éclairage développemental	8
Attachement et fenêtre de tolérance	10
Différences entre souvenir normal et mémoire traumatique	11

Dissociation structurelle : symptômes et repérage	13
Anamnèse et dissociation	14
Conclusion	15
<b>2. Neurobiologie de la dissociation</b>	16
Laurence Carlier	
Introduction	16
<i>Intégration et cohérence : l'émergence du soi, 16 • Le cerveau triunique, 17 • La régulation émotionnelle « normale », 18</i>	
Neuro-imagerie et dissociation	18
<i>La dissociation, un excès d'inhibition cortico- limbique, 18 • Le thalamus, une structure clé dans le défaut d'intégration, 20 • Conclusion, 21</i>	
Système nerveux autonome et dissociation	21
<i>La théorie polyvagale, 21 • Le modèle d'intégration neuro-viscérale, 23 • Conclusion, 23</i>	
Système opioïde endogène et peptides	24
Conclusion	25
<b>3. Les troubles dissociatifs dans le DSM-5</b>	27
Julien-Daniel Guelfi	
Le trouble dissociatif de l'identité	28
L'amnésie dissociative	29
La dépersonnalisation/déréalisation	30
<i>Critères diagnostiques, 30</i>	
Les deux dernières variétés de catégorisation des troubles dissociatifs dans le DSM-5	32
<i>Autre trouble dissociatif spécifié, 32 • Trouble dissociatif non spécifié, 33</i>	
L'évolution du chapitre dans le DSM-5. Conclusion	33

## DEUXIÈME PARTIE

### PRINCIPES ET DÉMARRAGE DE LA PRISE EN CHARGE

<b>4. Évaluation et diagnostic des troubles dissociatifs du DSM-5</b>	36
Suzette Boon & Onno van der Hart	
Prévalence des troubles dissociatifs du DSM-5	38

Les défis de l'évaluation des troubles dissociatifs	39
<i>Différents modèles théoriques pour la dissociation, 39 • Le DSM-5 et la CIM-10 et troubles dissociatifs, 41 • Les patients dissociés dissimulent ces symptômes, 41 • Chevauchements avec d'autres troubles psychiatriques, 43 • Faux positifs et simulations de TDI, 43 • Insuffisance de formation des cliniciens, 44</i>	
Les symptômes dissociatifs se référant à une division de la personnalité	44
Évaluer les troubles dissociatifs : un processus en deux étapes	45
<i>Les instruments de dépistage de la dissociation, 45 • Entretiens diagnostiques, 48</i>	
Conclusion	50
<b>5. La stabilisation : la pierre angulaire d'un traitement efficace en psychotraumatologie</b>	<b>52</b>
Hélène Dellucci	
Introduction	52
Trois besoins fondamentaux pour se stabiliser	54
<i>Le sentiment de sécurité, 54 • Construire un lien d'attachement sécuritaire avec le thérapeute, 56 • Avoir de l'espoir et une perspective d'avenir, 58</i>	
Le recueil d'histoire chez les patients dissociatifs	59
<i>Les ressources de survie : une dimension essentielle chez les survivants, 60 • Établir un cadre de travail suffisamment sécurisant, 62</i>	
Le moment du diagnostic	63
Les critères d'une stabilité suffisante	65
<i>La stabilité sur le plan individuel, 65 • La stabilité sur le plan relationnel, 67 • La stabilité par rapport aux mouvements dissociatifs, 68</i>	
Maintenir la stabilité tout au long du processus thérapeutique	72
<i>Est-ce que la personne est stable ?, 73 • Où se trouve la personne sur l'échelle de sécurité ?, 73 • Y a-t-il une peur particulière qui pourrait entraver/bloquer ce que nous avons prévu ?, 74 • Y a-t-il une émotion/sensation corporelle prépondérante en ce moment ?, 74 • Le projet d'aujourd'hui, 74</i>	
Conclusion	75

## TROISIÈME PARTIE

## PRISES EN CHARGE SPÉCIFIQUES

<b>6. Thérapie EMDR des empreintes précoces dissociatives</b>	78
Gabrielle Bouvier, Hélène Dellucci	
Définition	79
Neurobiologie de la réaction au stress et origine des empreintes précoces	80
Pourquoi travailler sur les empreintes précoces ?	83
Les indications pour aborder les empreintes précoces en psychotraumatologie	84
Comment aborder les empreintes précoces ?	85
Les effets du travail sur les empreintes précoces	86
Vignettes cliniques	87
<i>Sébastien : une prise en charge réussie après des heurts, 87 • Marie :     empreintes précoces, blocage et travail du lien, 91</i>	
Conclusion	93
<b>7. Traitement des troubles de l'attachement</b>	94
Catherine Clément	
Neurosciences et attachement	94
Psychothérapie et attachement	97
Présentation de l'ICV	97
Illustration clinique : réparation de l'attachement par l'ICV	101
Conclusion	103
<b>8. Dissociation et traitement des carences et traumatismes précoces</b>	104
Joanna Smith	
Données statistiques	105
Données neurodéveloppementales	106
Définition du trauma précoce et rappels terminologiques	106
Étude de l'impact de différents traumas ou carences précoces	108
<i>Stress et traumas intra-utérins, 108 • Traumatisme de la naissance, 109 •     Devenir psychopathologique des grands prématurés, 110 • Douleur précoce     et son évolution, 111 • Exposition à des traumas uniques ou événements     stressants objectivés, 113 • Carences précoces et négligences, 114 •     Transmission transgénérationnelle du trauma et devenir des enfants ayant     un style d'attachement désorganisé, 115</i>	



Synthèse. Mémoire traumatique précoce : description et données scientifiques	116
Cas cliniques avec l'ICV	117
<i>Pascal : stress et traumas intra-utérins, 118 • Sylvie : rejet précoce par la mère, 118</i>	
Conclusion	120
<b>9. Traitement de la dissociation post-traumatique selon la Somatic Experiencing® (SE®)</b>	122
Michel Schittecatte	
Introduction	122
Vignette clinique	124
Conclusion	130
<b>10. Dissociation et thérapie des schémas</b>	131
Bernard Pascal	
Les pensées automatiques	132
Les Schémas	133
Les Modes	134
Un continuum dissociatif	136
Thérapie des schémas et trouble de personnalité borderline	138
Thérapie des schémas et trouble dissociatifs	140
Conclusion	142
<b>11. Les personnalités dissociatives : particularités de l'Internal Family Systems</b>	143
François Le Doze	
Les caractéristiques du modèle IFS	144
<i>Les parts, 144 • Le Self, 145 • Le traumatisme et ses conséquences, 145</i>	
La façon de pratiquer l'approche IFS	146
<i>Établir la relation entre le Self et les parts chargées, 146 • Pratiquer le désamalgame, 146 • Décharger l'exilé de son fardeau, 147</i>	
La dissociation	148
<i>Définitions, 148 • Le mécanisme dissociatif, 149 • Le Trouble Dissociatif de l'Identité, 150</i>	

Caractéristiques de la prise en charge de la dissociation et du TDI en IFS	151
<i>Le mécanisme dissociatif : négocier avec la part qui dissocie, 151 • Prise en charge du TDI : stabiliser le système du patient depuis le Self du thérapeute, 153</i>	
Conclusion	155
<b>12. Les scénarii réparateurs des mnésies traumatiques par hypnose et EMDR</b>	156
Evelyne Josse	
Pierre Janet, pionnier des scénarii réparateurs	157
<i>Symptômes actuels et émotions anciennes, 157 • Le retour en hypnose des souvenirs traumatiques ignorés de la conscience, 157 • Les scénarii réparateurs, 158 • Le traumatisme, un trouble du stade du triomphe, 160 • Le symptôme de l'accrochage, 160 • Pierre Janet, un précurseur des thérapies actuelles, 161</i>	
La modification des mnésies traumatiques par le changement de scénario	162
<i>Les scénarii réparateurs en hypnose, 163 • Les scénarii réparateurs en EMDR, 165 • La technique du scénario réparateur, 166</i>	
Illustrations cliniques	168
<i>Le parentage, 169</i>	
<b>13. Hypnose médicale ericksonienne et dissociation traumatique dans l'agression sexuelle</b>	172
Victor Simon	
Rappel de quelques notions de base en hypnose ericksonienne	174
Techniques hypnotiques dissociatives thérapeutiques spécifiques	175
Prise en charge des victimes	175
Conclusion	178
<b>14. Pleine conscience, trauma et troubles dissociatifs</b>	180
Christine Barois	
Qu'est-ce que la méditation ?	181
Qu'est-ce que la méditation de pleine conscience ?	182
Comment la pleine conscience fonctionne-t-elle ?	183
Que cela change-t-il pour la santé de méditer en pleine conscience ?	184
Quelle est la place de la pleine conscience dans le traitement du syndrome de stress post-traumatique ?	185
Qu'en est-il du traumatisme complexe ?	187

La régulation des émotions dans le PTSD	188
Conclusion	189

#### QUATRIÈME PARTIE

##### LA DISSOCIATION CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

<b>15. Évaluation et prise en charge des troubles dissociatifs chez l'enfant exposé à un événement traumatique</b>	192
Hélène Romano	
Terminologie et définition	192
<i>Un symptôme complexe, 192</i>	
Manifestations de la pathologie dissociative chez l'enfant traumatisé	193
<i>L'inintelligible de l'événement traumatique, 193 • De multiples situations à risque, 194</i>	
Les effets des troubles dissociatifs	196
<i>L'importance des proches, 196</i>	
L'évaluation	198
<i>Des situations à fort impact de contamination sur les équipes, 198 • L'évaluation qualitative, 198 • L'évaluation quantitative, 200</i>	
Prise en charge thérapeutique	201
Conclusion	204
<b>16. Dissociation ou déficit d'intégration chez l'enfant en EMDR</b>	205
Michel Silvestre	
Introduction	206
Quelles en sont les conséquences pour la clinique ?	207
Le concept de dissociation	207
La perspective développementale	208
Qu'est-ce que la notion d'intégration ?	209
Quelques modèles de dissociation chez l'enfant et l'adolescent	211
Notions de tendances dissociatives	212
Réguler les comportements et tendances dissociatives lors de la thérapie EMDR	213
Vision contextuelle des tendances dissociatives	214
Conclusion	216

<b>17. Traitement de la dissociation chez l'enfant avec l'ICV</b>	218
Anandi Janner Steffan	
Le cerveau droit : porte d'entrée préférentielle avec les enfants et adolescents	218
Adapter les processus de l'ICV aux différents âges	219
La place du thérapeute	220
Conclusion	228

#### CINQUIÈME PARTIE

#### PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES

<b>18. La recherche sur les traitements pour les patients souffrant de troubles dissociatifs complexes</b>	230
Manoëlle Hopchet	
La dissociation : un symptôme présent dans les troubles liés au traumatisme	231
Efficacité des traitements en présence de symptômes dissociatifs	233
Aperçu de la littérature sur l'efficacité des traitements pour les troubles dissociatifs complexes	234
Guide pratique du traitement des troubles dissociatifs complexes : les lignes directrices	236
Conclusion	239
<b>19. Dissociation et traumatismes transgénérationnels</b>	240
Hélène Dellucci	
Les traumatismes transgénérationnels : comment les comprendre ?	241
Les symptômes d'une souffrance transgénérationnelle	243
Les traumatismes transgénérationnels : comment les déceler ?	245
Traumas transgénérationnels et dissociation	246
Vignettes cliniques	250
<i>Laure : la lettre de la partie dissociative, 250 • Céline : un travail directement sur le réseau dissociatif, 251 • Julie : s'affranchir des traumas transgénérationnels dans le cadre d'un TDI, 254</i>	
Discussion	255
Conclusion	259

<b>20. Dissociation et auteurs de violences</b>	261
Joanna Smith	
Description « classique » des auteurs de violences	261
<i>Auteurs de violences sexuelles, 261 • Auteurs de violences physiques (conjugales et maltraitance), 262</i>	
Revue de la littérature portant sur la dissociation des auteurs de violences	263
<i>Auteurs de violences sexuelles, 263 • Auteurs de violences physiques, 264</i>	
Des victimes devenues agresseurs : mythe ou réalité ?	264
Mécanismes en jeu : l'identification à l'agresseur ?	266
Traiter les antécédents de maltraitances, négligences ou carences notamment précoces comme stratégie de prévention des passages à l'acte ou de la récurrence	267
<i>Illustration clinique : traitement d'un auteur de violences sexuelles, 268 • Illustration clinique : traitement d'un auteur de violences conjugales, 269</i>	
Conclusion	271
 <i>CONCLUSION. LA PRÉSENCE ET L'ACCORDAGE DU THÉRAPEUTE</i>	 272
 <i>POSTFACE</i>	 274
Cyril Tarquinio	
 <i>RESSOURCES INTERNET</i>	 279
 <i>BIBLIOGRAPHIE</i>	 281



# Liste des auteurs

## *Ouvrage dirigé par :*

Joanna SMITH, psychologue clinicienne, superviseur et formatrice en ICV agréée, enseignante en psychologie à l'École de Psychologues Praticiens et à l'Université Paris V. Membre fondateur de l'AFTD (Association Francophone du Trauma et de la Dissociation). Formatrice en victimologie et criminologie, elle a co-dirigé de nombreux ouvrages dans ce domaine, dont *Trauma et résilience*, *La violence sexuelle*, *Troubles de la personnalité*.

## *Auteurs ayant collaboré à l'ouvrage :*

Christine BAROIS, docteur en médecine, DES de psychiatrie, auteur.

Suzette BOON, psychologue clinicienne, psychothérapeute, formatrice en thérapie familiale et en hypnose, co-fondatrice de l'ESTD, spécialisée dans l'évaluation et le traitement des traumatismes complexes.

Gabrielle BOUVIER, psychiatre, psychothérapeute en pratique privée à Genève. Praticienne et superviseur EMDR Europe.

Laurence CARLUER, neurologue, psychopraticienne, formatrice IFS, Espace Jean-Baptiste Charcot.

Catherine CLÉMENT, psychiatre, psychothérapeute, superviseur et formatrice agréée en ICV, Centre Hermès.

Hélène DELLUCCI, psychologue, praticienne et superviseur EMDR Europe. Chargée de cours à l'Université Lorraine.

Julien-Daniel GUELFY, Professeur émérite de l'Université Paris Descartes, CMME.

Manoëlle HOPCHET, psychologue clinicienne, formatrice et superviseur en psychotraumatologie, superviseur EMDR Europe, présidente sortante de la Société européenne du trauma et de la dissociation (ESTD), présidente de l'Institut belge de psychotraumatologie (BIP), vice-présidente de l'Association francophone du trauma et de la dissociation (AFTD).

Anandi JANNER STEFFAN, docteur ès sciences, praticienne PITT, *Somatic Experiencing*. Formatrice et superviseur ICV.

Evelyne JOSSE, psychologue, hypnose, EMDR. Psychotraumatologue, victimologue. École belge d'hypnose et de thérapies brèves. Consultante en psychologie humanitaire. Expert en hypnose judiciaire.

François LE DOZE, médecin, psychothérapeute, neurologue, formateur au modèle IFS, directeur de Self Therapie formation.

Bernard PASCAL, psychiatre.

Hélène ROMANO, docteur en psychopathologie-HDR, psychothérapeute.

Michel SCHITTECATTE, psychiatre, agrégé.

Michel SILVESTRE, psychologue, thérapeute familial et praticien EMDR, université d'Aix-en-Provence et de Lorraine.

Victor SIMON, Médecin, psychothérapeute, Changements, hypnose & thérapie brève. Formation de Thérapeutes.

Onno VAN DER HART, psychologue, psychotraumatologue, psychothérapeute, chercheur, professeur émérite à l'université d'Utrecht, spécialisé dans le traitement des traumatismes complexes.



# Avant-propos

CET OUVRAGE est né d'un constat : au fil de nos lectures et des formations reçues, nous avons rencontré des praticiens de plus en plus nombreux travaillant avec la notion de dissociation en psychothérapie, à l'aide de techniques variées. Pourtant, ces psychothérapeutes ne faisaient que très rarement référence aux autres techniques existant pour traiter trauma et dissociation. Ironiquement, chaque courant thérapeutique semblait quasi dissocié des autres.

De ce constat est née, à son tour, l'envie de susciter rencontres et partages entre ces différentes approches : en 2015-2016, nous avons organisé un cycle de conférences à la Ligue Française pour la Santé Mentale, à Paris, autour du thème « Psychothérapies de la dissociation ». C'est de ce cycle que sont issus les premiers textes de cet ouvrage, complétés par la suite par d'autres auteurs qui nous ont rejoints.

Les éditions Dunod ont accepté de nous suivre dans cette aventure, et nous leur sommes particulièrement reconnaissante pour leur esprit innovant et leur curiosité intellectuelle, qui ont permis la réalisation de cet ouvrage et les rencontres qui en sont issues.

Le D<sup>r</sup> Roland Coutanceau, bien que critique quant à la notion de dissociation, a soutenu, par son dynamisme et son ouverture d'esprit, tant l'organisation du cycle de conférences à la Ligue Française de Santé Mentale, dont il est le président, que la publication de l'ouvrage et le colloque de lancement de celui-ci, à l'Espace Reuilly, le 1<sup>er</sup> octobre 2016. Qu'il en soit vivement remercié.

Enfin, cet ouvrage ne pourrait exister sans la confiance de nos patients et leur persévérance à vouloir guérir. L'ouvrage est à leur intention indirecte, en espérant qu'il aidera des thérapeutes parfois en difficulté face à des patients similaires, multi-facettes, souvent en grande souffrance.

Bonne lecture, et à bientôt, nous l'espérons !



# PARTIE I

---

## Généralités

---

■ <b>Chap. 1</b>	Dissociation structurelle : repérages .....	2
■ <b>Chap. 2</b>	Neurobiologie de la dissociation .....	16
■ <b>Chap. 3</b>	Les troubles dissociatifs dans le DSM-5 .....	27

## Chapitre 1

# Dissociation structurelle : repérages

Joanna Smith

**C**E CHAPITRE INTRODUCTIF se veut une synthèse de ce que nous avons compris à partir de la littérature portant sur la dissociation et des formations spécialisées auxquelles nous avons assisté. Il s'agit d'un bref panorama visant à situer la question, sous l'angle des données qui nous ont été utiles jusqu'à présent dans notre compréhension et notre approche cliniques.

L'une des difficultés principales à employer le terme de dissociation est la multiplicité de ses acceptions, que nous tenterons de définir ici. Ensuite, nous aborderons l'étiologie de la dissociation en nous basant sur un éclairage développemental et sur la notion de sécurité de l'attachement. Ces considérations nous amèneront à proposer une description du souvenir traumatique en comparaison du souvenir normal, débouchant sur une définition opérationnelle de la dissociation. Nous terminerons par un panorama des troubles dissociatifs et des recommandations pour l'anamnèse et la prise en charge.

---

### **DIFFÉRENTES ACCEPTIONS DU TERME DISSOCIATION**

---

#### **► Définition psychiatrique**

En psychiatrie, la dissociation fait référence à une « désunion de fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement » selon le DSM-5 (APA, 2014/2016) ou encore à « une perte partielle ou totale de l'intégration normale entre les souvenirs du passé, la conscience

de son identité et de ses sensations immédiates, et le contrôle des mouvements corporels » CIM-10 (OMS, 2008). Le terme clé que nous retenons de ces deux définitions est la notion d'intégration (comme opposition à la dissociation). En revanche, il nous semble que ces définitions comportent un certain flou du fait de leur référence à la notion de « normalité » et qu'elles ne précisent pas si la dissociation est un état ou un trait, ou les deux, ni quels peuvent être les liens entre ces états et ces traits. Enfin, il manque la précision, qui nous semble cruciale, de l'origine de la dissociation, c'est-à-dire puisant sa source dans les déficits précoces de régulation émotionnelle et de sécurité d'attachement (avant 2 ans environ, voir notamment Schore, 1994, 2009 ; Liotti, 2009) ni son facteur déclenchant de nature traumatique. Ces éléments seront largement développés dans le présent ouvrage, et pourront également être retrouvés plus en détail dans l'excellent ouvrage de Dell et O'Neil (2009).

Le détail des troubles psychiatriques considérés comme dissociatifs est décrit par J-D Guelfi dans le chapitre qui y est consacré dans le présent ouvrage, auquel nous renvoyons le lecteur. Nous commenterons seulement que, là encore, dans les classifications internationales des maladies mentales, manque souvent cruellement la référence à la nature fondamentalement traumatique de cette symptomatologie.

### ► Dissociation péri-traumatique

La dissociation péri-traumatique est décrite par les victimologues, à l'instar des classifications psychiatriques, comme un phénomène survenant à proximité d'un événement traumatisant. En psychiatrie, on y associe : un sentiment subjectif de torpeur, un détachement ou une absence de réactivité émotionnelle, une réduction de la conscience de l'environnement, la déréalisation, la dépersonnalisation et l'amnésie dissociative. Dans le présent ouvrage, L. Carlier décrit les mécanismes neurobiologiques sous-jacents à ces phénomènes, qui sont issus d'une réaction du système de stress face aux situations associant impuissance et danger (combat et fuite impossibles malgré l'activation du système de stress).

### ► La dissociation dans la schizophrénie

Dans la terminologie moderne de psychopathologie ou de psychanalyse en milieu francophone, le terme de dissociation est le plus souvent associé à un symptôme-clé de la schizophrénie, décrit par Bleuler (1911) sous l'appellation de *Spaltung*, afin de rendre compte de la discordance de fonctionnement des schizophrènes, entre leur expression verbale et non-verbale. Citons notamment Laplanche et Pontalis (1994), caractérisant la schizophrénie par son « incohérence de la pensée,

de l'action et de l'affectivité », et employant les termes de « discordance, dissociation et désagrégation ». Paradoxalement, les classifications internationales des maladies mentales ne font pas référence à la notion de dissociation pour décrire la schizophrénie. La confusion est encore plus grande lorsque l'on tient compte des notions véhiculées dans le grand public ou au cinéma, décrivant la schizophrénie comme un phénomène de personnalité multiple.

Saillot (2012) dresse un historique de la notion de dissociation qui éclaire la source de certaines de ces acceptions et des difficultés conceptuelles qui en découlent. Elle rapporte la popularité du terme de dissociation *avant* la diffusion de la notion de schizophrénie décrite par Bleuler (1911), notion qui a absorbé dans un second temps le terme de dissociation pour traduire la fameuse *Spaltung*. Saillot (p. 17) cite notamment Bottéro :

« si la notion de dissociation s'est imposée d'elle-même aux cliniciens français pour rendre le sens de *Spaltung*... C'est avant tout parce qu'elle leur était on ne peut plus familière. »

Elle commente (*Ibidem*) :

« à partir des années quarante, la notion de dissociation semble se *diluer* dans celle de schizophrénie. La reconnaissance internationale croissante de la catégorie de schizophrénie apparaît proportionnelle à la disparition progressive de celle de dissociation sur tous les continents. »

Le lien entre la dissociation et son origine traumatique est alors perdu. C'est ainsi qu'ensuite, pendant des décennies, le terme de dissociation a été totalement inusité dans son acception traumatique, et l'origine traumatique de cette symptomatologie totalement occultée.

En contrepoint de ces confusions terminologiques entre dissociation d'origine traumatique et schizophrénie, certains auteurs se questionnent quant à la nature potentiellement traumatique de la dissociation schizophrénique. D'après Moskowitz *et al.* (2009), les deux phénomènes se recoupent en partie, notamment dans la schizophrénie paranoïde. En outre, les troubles dissociatifs étant souvent mal dépistés, il n'est pas à exclure qu'il existe des erreurs diagnostiques de troubles dissociatifs au profit de la schizophrénie notamment (également des troubles de l'humeur et de la personnalité borderline).

## ► Dissociation hypnotique

Une autre utilisation du terme de dissociation existe en hypnose, pour décrire un état de conscience modifié, avec focalisation de l'attention, qui se déclenche spontanément plusieurs fois par jour. Ce phénomène est décrit comme normal, et

même nécessaire à l'équilibre psychique. Néanmoins, il peut devenir pathologique, comme le décrit van der Hart (2009) :

« les altérations de la conscience sont pathologiques quand elles sont excessives, fréquentes, rigides, et ne peuvent être contrôlées consciemment. »

Nous pensons par exemple à Claire, une patiente présentant un trouble de la personnalité borderline et des antécédents traumatiques complexes, dont l'exposition à des violences conjugales, qui rapporte avoir été tellement absorbée par une émission sur ce thème qu'elle s'est « réveillée » plusieurs heures plus tard, assise chez elle dans la nuit tombée, toujours devant sa télévision, sans savoir combien d'heures s'étaient écoulées depuis la fin de l'émission.

### ► Dissociation structurelle

Certains auteurs, dont Myers (1940) puis van der Hart, Nijenhuis & Steele (2006/2010) ont développé la notion de dissociation structurelle en se basant sur la théorie de Pierre Janet. Celui-ci décrit l'activité psychique comme une activité de « synthèse ». L'échec de cette synthèse est possible pour plusieurs raisons, non seulement le traumatisme, mais aussi la fatigue, l'émotion, la maladie... On retrouve là la notion moderne de fenêtre de tolérance (Siegel, 1999 ; Minton & Ogden, 2000) permettant de rendre compte de la zone optimale d'apprentissage en termes d'intensité émotionnelle : en deçà d'un certain niveau d'activation, il n'y a pas assez d'émotion pour qu'il y ait apprentissage ; au-delà, il y a trop d'activation et un débordement traumatique pouvant générer notamment une amnésie. Janet décrit qu'il en résulte un moi dissocié avec amnésie ou dépersonnalisation.

Dans ce contexte théorique, quels sont les liens entre la dissociation péri-traumatique et la dissociation structurelle, autrement dit entre l'état et le trait dissociatifs ? Levine (1997, 2008) se base sur le modèle animal pour décrire les phénomènes de « figement » survenant lorsque la fuite ou le combat sont impossibles. Selon lui, le figement correspond à « un état altéré de conscience partagé par tous les mammifères face à une mort paraissant imminente » (1997). Il affirme que « le traumatisme, c'est une perte de connexion, avec notre corps, notre famille, les autres et le monde alentours » (2008).

La sortie du figement est décrite chez l'animal comme passant notamment par une décharge, comme une secousse de tout le corps permettant d'évacuer la tension contenue dans le figement, malgré une apparence de mort et de grande passivité, vu de l'extérieur. Il semblerait que, chez l'être humain, la sortie de l'état dissociatif aigu ne soit pas aussi simple que chez l'animal, ce qui favorise

le développement de Syndromes de Stress Post-Traumatiques ou de symptômes dissociatifs chroniques. Néanmoins, il a été mis en évidence que la stimulation du système relationnel (et, avec lui, de l'attachement et de l'ocytocine) a un effet antagoniste du système de stress/figement, d'où la recommandation, après un événement traumatique, de passer du temps avec ses proches.

---

## DESCRIPTION DE LA DISSOCIATION STRUCTURELLE

---

Les études portant sur la neurobiologie du stress et du trauma ont permis un renouveau théorique et clinique sur le sujet, ainsi que la résurgence de la notion de dissociation traumatique, après des décennies d'oubli. Le fait qu'une situation de stress perdure malgré l'activation du système de stress indique à celui-ci que cette activation a été inefficace pour y mettre fin (fuite ou combat). En conséquence, le système de stress s'adapte à ces situations afin de limiter l'impact potentiellement délétère des hormones de stress sur le corps, au long cours. Il en résulte, globalement, une diminution de la noradrénaline et de la dopamine, assortie d'une hypersensibilité des récepteurs du système noradrénergique (Salmona, 2012). Ceci revient à s'anesthésier face au danger qui perdure afin qu'il ne déclenche pas inutilement le système de stress (c'est un moindre mal). Cette adaptation débouche sur un fonctionnement binaire : en l'absence de menace, le sujet présente une anesthésie émotionnelle ; en présence d'une menace, la réactivation traumatique débouche très rapidement sur une hyperactivation massive du fait de l'hypersensibilité acquise des récepteurs du système noradrénergique. Les symptômes de dissociation structurelle peuvent se révéler tant dans les moments « calmes » (amnésie, anesthésie émotionnelle ou corporelle...) que dans les moments d'activation (envahissement cognitif, débordement sensoriel ou émotionnel et recherche d'apaisement).

La recherche rétrospective a confirmé ces éléments en indiquant notamment que la dissociation est corrélée à la présence d'antécédents d'expériences traumatiques, et des liens ont été démontrés entre la dissociation et les antécédents infantiles de violences sexuelles, de violences physiques et de négligences, mais aussi avec les expériences de perte dans l'enfance ou d'exposition à la violence. Enfin, la dissociation est plus élevée si le trauma est chronique, sévère ou précoce (Dell & O'Neil, 2009).

La dissociation structurelle serait alors, d'après Putnam (1994) :

« Un processus psychophysiologique complexe altérant la capacité à accéder à ses souvenirs et ses connaissances, l'intégration du comportement, et le sens du Soi. »



On lui oppose la notion d'intégration.

« Notre capacité d'intégration nous permet de distinguer le passé du présent et de rester présents dans le moment, quand nous pensons à notre passé ou notre futur. » (Boon, Steele & van der Hart, 2015, p. 42)

Il existe à notre connaissance deux modèles de la dissociation structurelle, assez proches, se basant sur ces découvertes récentes de la neurobiologie du stress et du trauma.

Le premier modèle a été largement développé par van der Hart, Nijenhuis et Steele (2006), en se basant sur Myers, et définit la dissociation comme « un manque d'intégration parmi deux ou plusieurs sous-systèmes psychobiologiques de la personnalité, comme système entier, ces sous-systèmes endossant chacun au moins un sens de Soi rudimentaire » (voir notamment Mattheis & Dellucci, 2011).

Cette perspective divise la vie psychique en deux types de parties qui se chargent de systèmes d'action différents : la Partie Apparement Normale (PAN), responsable des activités de la vie de tous les jours (le travail, le jeu, l'apprentissage, les relations aux autres, la régulation énergétique et le comportement sexuel/la reproduction), et la Partie Emotionnelle (PE), qui est responsable de la défense physique face au danger (appel d'une figure d'attachement, combat, fuite, soumission).

Ce modèle postule l'existence de différents niveaux de dissociation :

- ➔ la dissociation structurelle primaire, correspondant notamment aux traumatismes simples, à l'amnésie dissociative et aux troubles somatoformes ; elle compte globalement une PAN et une PE ;
- ➔ la dissociation structurelle secondaire, sous-jacente aux ESPT complexes, aux troubles de la personnalité liés à un trauma, aux troubles dissociatifs complexes et aux troubles anxio-dépressifs chroniques ; elle compte une PAN et plusieurs PE ;
- ➔ la dissociation structurelle tertiaire, correspondant au trouble de la personnalité multiple ou Trouble Dissociatif de l'Identité (TDI), avec plusieurs PAN et plusieurs PE.

Le deuxième modèle, issu de Federn repris par Watkins (1995), Schwartz (1997) et Pace (2014) notamment, développe la notion d'États du Moi pouvant parasiter le Soi et ayant une origine traumatique. Toutefois, un État du Moi n'est pas toujours dissocié, contrairement aux PE.

Le travail thérapeutique consiste, dans les deux modèles, à rapprocher les différentes parties, voire à les intégrer, l'intégration se faisant « dans une histoire de